



## WNIOSEK O SPORZĄDZENIE WYCIĄGU / ODPISU / KOPII / WYDRUKU\* DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o sporządzenie wyciągu / odpisu / kopii\* dokumentacji medycznej w zakresie:

.....  
z leczenia w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu w okresie .....  
w .....  
nazwa komórki organizacyjnej

### Cel udostępnienia dokumentacji medycznej:

- a) ubieganie się o świadczenie pieniężne z ubezpieczenia emerytalnego lub rentowego \*\*
- b) leczenie onkologiczne \*\*\*
- c) inny cel

### Dane wnioskodawcy:

### \*\*\*\*Dane osoby, której dokumentacja dotyczy:

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(pesel)

.....  
(pesel)

.....  
Godzina, data i podpis

Powyższe dane osobowe potwierdzam: .....

Podpis pracownika Szpitala

.....  
data

---

Osoba odbierająca wyciąg / odpis / kopię\* (zakreślić właściwy kwadrat):

1. pacjent     2. osoba upoważniona     3. przedstawiciel ustawowy.

Potwierdzam odbiór wyciągu / odpisu / kopii\* dokumentacji medycznej .....

Podpis pacjenta lub innej osoby uprawnionej

Potwierdzam wypożyczenie zdjęć RTG i zobowiązuję się do zwrotu oryginału po wykorzystaniu.....

Podpis pacjenta lub innej osoby uprawnionej

\* niepotrzebne skreślić

\*\* w przypadku ubiegania się o świadczenia pieniężne z ubezpieczenia emerytalnego lub rentowego – należy wypełnić Oświadczenie zgodne z załącznikiem nr 2 do IN-7.5(WSzZ)-04

\*\*\* dotyczy wyłącznie kopii dokumentacji z leczenia onkologicznego dla pacjentów posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego

\*\*\*\* wypełnia się w przypadku, gdy dokumentacja medyczna dotyczy innej osoby niż wnioskodawca