

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI RTG NA PŁYCCIE CD**  
**(PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI)**

**1. DANE WNIOSKODAWCY:**

IMIĘ I NAZWISKO: ..... NR TEL. ....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES ZAMIESZKANIA:

.....  
.....

ADRES DO KORESPONDENCJI:

.....  
.....

**2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA:** (wypełnić w przypadku, gdy inne niż powyżej)

IMIĘ I NAZWISKO: .....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**3. WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI RTG (NA PŁYCCIE CD)\*:**

- Z CAŁEGO OKRESU LECZENIA W USOR W ZAKOPANEM  
 Z OKRESU: .....  
 Z OSTATNIEJ WIZYTY W PORADNI ORTOPEDYCZNEJ

\* Zdjęcia w technologii cyfrowej dostępne od października 2011 roku, RTG wykonane analogowo wymagają przetworzenia

**4. W ZAŁĄCZENIU KSEROKOPIA DOWODU OSOBISTEGO WNIOSKODAWCY.** (DOTYCZY WYŁĄCZNIE OSÓB SKŁADAJĄCYCH WNIOSEK ZA POŚREDNICTWEM POCZTY)

**5. ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

- WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ ODBIORĘ OSOBIŚCIE  
 WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ PROSZĘ WYSLAĆ NA WW. ADRES ZA ZALICZENIEM POCZTOWYM  
 UPOWAŻNIAM DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PANIĄ/PANA: .....  
....., PESEL: .....

Oświadczam, iż zapoznałam/ em się z obowiązującym w Uniwersyteckim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym w Zakopanem **CENNIKIEM UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI**, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych ze sporządzeniem kserokopii/ odpisu/ wyciągu dokumentacji medycznej oraz pokrycia kosztów wysyłki za pobraniem zgodnie z aktualnym cennikiem Poczty Polskiej S.A.

.....  
*czytelny podpis wnioskodawcy*

POTWIERDZAM ODBIÓR WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ .....

*czytelny podpis odbierającego*