

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu  
ul. M. Curie - Skłodowskiej 9  
41 – 800 Zabrze

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nazwisko:

Imię:

Data:

Ulica:

Miejscowość:

Nr PESEL:

Mail:

Szanowni Państwo,  
Zwracam się z prośbą o wydanie:

- Kserokopii Karty Informacyjnej Leczenia Szpitalnego (**wypis**)
- Kserokopii dokumentacji medycznej (**szpital**)
- Kserokopii dokumentacji medycznej (**poradnia**)
- Zapisu zabiegu hemodynamicznego na CD
- Zapisu wyniku badania obrazowe - RTG, MRI lub TK na CD
- Wyników badań diagnostycznych/ wyników badań laboratoryjnych
- Wyniku sekcji zwłok/ wyniku badania histopatologicznego
- Zaświadczenie o pobycie w szpitalu
- Inne.....  
w zakresie od .....do...../ w całości.

Niniejsza dokumentacja jest niezbędna w celu przedstawienia w ZUS / PZU / KRUS / WKU  
inne.....

- Dokumentację medyczną odbiorę osobiście lub przez osobę upoważnioną  
:.....
- przesłać pocztą.....

Z poważaniem,

.....  
Podpis osoby składającej wniosek