

# WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z PLACÓWKI



RADIOLOGICA – CHOROSZCZ

Pracownia Rezonansu Magnetycznego  
i Tomografii Komputerowej  
16-070 Choroszcz, ul. Pl. Z. Brodowicza 1  
Tel./fax 85 719 34 96, tel. 695 395 304

RADIOLOGICA – AUGUSTÓW

Pracownia Rezonansu Magnetycznego  
16-300 Augustów, ul. Szpitalna 12  
Tel. 87 643 01 07, tel. 601 816 135

## 1. Wniosek składa:

**pacjent:** (osoba, która miała badanie)

Imię i nazwisko .....PESEL: ..... tel. kontaktowy .....

**inna osoba:**

Imię i nazwisko .....PESEL: ..... tel. kontaktowy .....

*Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek:*

Imię i nazwisko ..... PESEL: .....

## 2. Dokumentacja dotyczy badania:

Proszę o wydanie dokumentacji z badania:  tomografia komputerowa  rezonans magnetyczny

Rodzaj dokumentacji:  płyta CD - cena - 3zł  kopia opisu badania – cena - 0,45gr

Rodzaj badania (co było badane).....

Numer badania ..... Data badania .....

## 3. Dokumentacja medyczna zostanie odebrana przez:

osobiście  przez osobę upoważnioną (imię , nazwisko, PESEL) .....

★ w dniu odbioru należy posiadać dowód tożsamości

..... data i podpis wnioskodawcy

**Czas przygotowania dokumentacji uzależniony jest od rodzaju dokumentacji.**

.....  
Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej - data i podpis osoby odbierającej