

.....  
Imię i nazwisko osoby wnioskującej

.....  
Miejscowość i data

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
Nr telefonu

**Sz. P. KRZYSZTOF KONOPKA**  
**Prezes Zarządu**  
**N ZOZ Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Sp. z o.o.**

### **WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany, zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej, która dotyczy:

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL/data urodzenia.....

Poprzez (*właściwie zaznaczyć*):

- umożliwienie wglądu w siedzibie N ZOZ Łużyckiego Centrum Medycznego w Lubaniu Sp. z o.o.,
- wydanie kopii,
- wydanie w innej formie (wyciągu\*/odpisu\* itp.).....

Dokumentacji medycznej w postaci (*właściwie zaznaczyć*):

- historii choroby (pełnej\*/częściowej\*, uwierzytelnionej\*/nie uwierzytelnionej\*, z wynikami badań\*/bez wyników badań\*) z oddziału\*/poradni\*.....
- .....
- z okresu.....,
- karty informacyjnej leczenia szpitalnego z oddziału .....
- z okresu.....,
- kartę porady ambulatoryjnej ze szpitalnej Izby Przyjęć z dnia.....,
- wyników badań (laboratoryjnych\*/histopatologicznych\*/EKG\*/EEG\*/RTG\*/TK\* itp.).....,

Dokumentację medyczną odbiorę (*właściwie zaznaczyć*):

- osobiście,
- upoważniam Panią/Pana.....
- adres .....
- nr dokumentu tożsamości.....
- proszę przesłać listem poleconym/priorytetem za potwierdzeniem odbioru na adres:.....

Dokumentacja potrzebna jest mi w celu.....

\*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych, akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 2, ust. 1, pkt 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przewidziany w art. 26, 27 i 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzenia powyższej dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w N ZOZ Łużyckim Centrum Medycznym w Lubaniu Sp. z o.o., ustalonym stosownie do zapisów w/w Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

W przypadku prośby o przesłanie dokumentacji pod wskazany adres, zobowiązuję się do pokrycia również kosztów przesyłki pocztowej, zgodnie z obowiązującym cennikiem Poczty Polskiej.

W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury vat bez podpisu.

Zostałem poinformowany (-a), że udostępnienie dokumentacji medycznej nastąpi do 14 dni roboczych, licząc od dnia złożenia wniosku.

.....  
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

---

### **Potwierdzenie odbioru**

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej wskazanej we wniosku.

Data odbioru .....

.....  
(Podpis pracownika N ZOZ ŁCM w Lubaniu)

.....  
(Czytelny podpis osoby odbierającej)