

**Załącznik nr 2**  
**do Regulaminu Organizacyjnego**  
**N ZOZ Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Sp. z o.o.**

.....  
Imię i nazwisko osoby wnioskującej  
.....  
Adres zamieszkania  
.....  
PESEL  
.....  
Nr telefonu

.....  
Miejscowość i data

**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.....

Upoważniam do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej wskazanej we wniosku: (wypełnia wyłącznie pacjent)  
Imię i nazwisko.....  
PESEL/data urodzenia.....

data i podpis pacjenta.....  
lub pracownika uzupełniającego wniosek  
(w przypadku zgłoszenia ustnego)

Poprzez ( właściwe 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.).....
- wydania na informatycznym nośniku danych (płyta CD/DVD)

Dokumentacji medycznej w postaci:

- 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.....
- karty porady ambulatoryjnej ze szpitalnej Izby Przyjęć z dnia.....
- karty porady ambulatoryjnej z Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej z dnia.....
- wyników badań (laboratoryjnych\*/ histopatologicznych\*/ EKG\*/ RTG\* itp.).....

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście,
- przez w/w upoważnioną osobę,
- za pośrednictwem poczty elektronicznej wysłanej na adres e-mail.....
- proszę przesłać listem poleconym/priorytetem na adres:.....

\*niepotrzebne skreślić

Oświadczam 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 (Dz.U.2022.633 t.j. z późn. zm.)*, przewidziany w art. 26, 27 i 28 *Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2022.1876 t.j.)*.

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.

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

.....  
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

---

## WYPEŁNIA NZOZ ŁUŻYCKIE CENTRUM MEDYCZNE W LUBANIU SP. Z O.O.

**Decyzja o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej:**

- Zgoda na udostępnienie
- Odmowa udostępnienia z powodu:.....

.....  
(Podpis Z-cy Kierownika Zakładu ds. Lecznictwa)

## POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

**DOKUMENTACJA:**

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:.....
- wysłana za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail wskazany we wniosku w dniu.....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta
  - upoważnienie załączone do wniosku
  - upoważnienie w niniejszym wniosku

**BEZPŁATNA PIERWSZA KOPIA DOKUMENTACJA MEDYCZNEJ\***

- TAK
- NIE

Naliczono opłaty w wysokości:.....

Nr paragonu/faktury:.....

*W przypadku wysłania dokumentacji medycznej za pośrednictwem poczty elektronicznej należy do wniosku załączyć wydruk z e-maila.*

*W przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie nie pobiera się opłaty.*

\*właściwe zaznaczyć

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór / kserokopii\* / wyciągu\* / odpisu\* / dokumentacji medycznej w dniu.....

Tożsamość została zweryfikowana na podstawie ( rodzaj dokumentu).....  
.....

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

.....  
(Czytelny podpis odbierającego)

\*niepotrzebne skreślić