



....., dnia .....

## Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Do .....\*

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL:

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

Numer telefonu kontaktowego .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:\*\*

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL:

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

3. Dokumentacja dotyczy leczenia / diagnostyki w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu / badania) .....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań - podać jakich, inna) .....

5. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt 4 poprzez udostępnienie do wglądu / wydanie wyciągu, odpisu, kserokopii lub wydruku / wydanie na informatycznym nośniku informacji\*\*\*

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2017, poz. 1318, ze zm.).

6. Dokumentację medyczną w postaci: wyciągu, odpisu, kserokopii lub wydruku, lub na informatycznym nośniku informacji:

a) otrzymuje po raz pierwszy w żądanym zakresie:  TAK  NIE

b) otrzymuje w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych  TAK  NIE

7. Dokumentację medyczną wymienioną w pkt 4\*\*\*:

a) odbiorę osobiście

b) odbierze osoba przeze mnie upoważniona.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

### Potwierdzenie udostępnienia

1. Tożsamość osoby odbierającej wyciąg, odpis, kserokopię lub wydruk dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

..... nr .....

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Ilość stron .....

3. Wniesiono opłatę (gotówką/przelewem)\*\*\* w wysokości ..... zł.

.....  
(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....  
(data, podpis i pieczęć pracownika wydającego)

\* Zespół Lecznictwa Ambulatoryjnego Caritas Diecezji Kieleckiej ( wpisać nazwę poradni i miejscowość) lub Zespół Placówek Opiekuńczo-Lecznicznych Caritas Diecezji Kieleckiej (wpisać nazwę zakładu i miejscowość)

\*\* wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

\*\*\* niepotrzebne skreślić