



.....  
Miejscowość i data

**Zachodnie Centrum Medyczne Sp. z o.o**  
**ul. Piastów 3**  
**66-600 Krosno Odrzańskie**

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Wnioskodawca:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....Nr telefonu.....

Działając:

- w imieniu własnym
- jako przedstawiciel ustawowy
- jako osoba upoważniona

zwracam się z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zgodnie z art. 27 ust.1 ustawy o prawach pacjenta i RPP:

- do wglądu, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń
- poprzez sporządzenie kopii
- poprzez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i zobowiązaniem zwrotu do dnia.....

### Pacjenta:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

### Rodzaj dokumentacji:

- historia choroby
- karta informacyjna
- wynik badań   
jakich.....
- inne   
jakie.....

Dokumentacja dotyczy leczenia (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu)

.....  
.....

Dokumentację odbiorę:

- osobiście
- za pośrednictwem osoby upoważnionej (zał 2.)
- proszę przesłać na poniższy adres

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji, zgodnie z obowiązującym cennikiem oraz kosztów wysyłki, zgodnie z obowiązującym cennikiem usług pocztowych.

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

.....  
Potwierdzenie odbioru osobistego

.....  
Data, podpis osoby wydającej

\* UWAGA: dokumentację medyczną wydaje się wyłącznie za okazaniem dokumentu potwierdzającego tożsamość