



.....  
Data i miejscowość

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji:

Imię (imiona) i nazwisko: .....

PESEL: ..... Rodzaj dok. toż:..... seria:..... numer:.....

*\*W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego*

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

*(wypełnić w przypadku, gdy osobą składającą wniosek jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### Wnioskuje o:

-udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci: (zaznaczyć - X – wybraną formę udostępnienia)

kopii lub wydruku dokumentacji medycznej (zalecana forma)

wyciągu lub odpisu

-proszę o udostępnienie: (zaznaczyć - X – wybrany zakres dokumentacji)

całej dokumentacji medycznej

części dokumentacji medycznej (prosimy o określenie zakresu):.....

-wnioskowaną dokumentację: (zaznaczyć - x- wybrany sposób odbioru udostępnionej informacji)

odbiorę osobiście

odbierze osoba upoważniona w dokumentacji medycznej pacjenta, którego dotyczy udostępniana dokumentacja

### Oświadczam, iż:

zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Zakładzie Medycznym „KAAR-MED” Outsourcing Sp. z o.o. Sp. k.

*Regulamin udostępniania dokumentacji medycznej dostępny dla wnioskującego w recepcji Zakładu Medycznego „KAAR-MED” Outsourcing Sp. z o.o. Sp.k.*

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis osoby składającej wniosek

### POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU:

Data: .....

Uzgodniony termin udostępnienia: .....

Podpis osoby przyjmującej wniosek w Zakładzie Medycznym „KAAR-MED” Outsourcing Sp. z o.o. Sp.k.: .....

*Podstawa prawna:  
Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta  
i Rzeczniku Praw Pacjenta*

*Zakład Medyczny „KAAR-MED” Outsourcing Sp. z o.o. Sp. k.  
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. 10/23  
REGON: 013168494 NIP: 526-22-21-147  
tel: 22 823 04 52 kom. 509 107 405*