

Kartuzy, dn. ....

.....  
Nazwisko i imię wnioskodawcy

.....  
Adres wnioskodawcy

.....  
Dowód tożsamości wnioskodawcy

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o.  
83-300 Kartuzy, ul. Dworcowa 2

## Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta: .....

Nazwisko i imię

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

sporządzonej w tutejszej placówce.

2. Dokumentacja dotyczy leczenia we wszystkich poradniach / we wskazanych poradniach:

.....  
3. Za okres:

od..... do .....

4. Forma odbioru dokumentacji:

\*Odbiór:

- osobisty

- przez osobę upoważnioną .....

Nazwisko i imię, dowód tożsamości

- elektronicznie .....

Adres e-mail

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

### UWAGI:

\* zaznaczyć wybraną formę odbioru dokumentacji medycznej

### POUCZENIE:

**1) odbiór dokumentacji medycznej osobiście:** Punkt Wydawania Dokumentacji Medycznej z wszystkich komórek organizacyjnych Zakładu zlokalizowany jest w Przychodni Lekarskiej w Kartuzach, ul. Dworcowa 2i jest czynny od poniedziałku do piątku w godzinach od 12.00 do 15.00

**2) odbiór dokumentacji medycznej elektronicznie:** wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej przesłany e-mailem winien być dołączony w postaci załącznika do e-maila w formacie PDF i podpisany Profilem Zaufanym e-PUAP albo podpisem kwalifikowanym przez pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta do uzyskiwania jego dokumentacji medycznej, wskazaną w indywidualnej dokumentacji pacjenta.