

## **WNIOSEK**

### **o wykonanie odpisu/kopii dokumentacji medycznej**

#### **1. Dotyczy pacjenta którego dotyczy dokumentacja medyczna (wypełnia pacjent):**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania: .....

Numer dowodu osobistego:..... Numer telefonu kontaktowego.....

---

#### **2. Zwracam się z prośbą o wykonanie potwierdzonego za zgodność odpisu lub kserokopii dokumentacji (właściwe zaznaczyć i wypełnić – wypełnia pacjent):**

a) **Historii choroby od lekarza** .....

z przychodni ..... z poradni .....

w okresie od.....do.....

bez wyników badań / wraz z wszystkimi wynikami badań / z najnowszymi wynikami badań

(właściwe podkreślić)

b) **Wyników badań** w okresie od.....do..... / z badania .....

### **OŚWIADCZENIE SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 roku § 10. 1. „Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością podmiotów obowiązanych do jej prowadzenia”, czyli Zakładu Opieki Zdrowotnej.

Oświadczam, że zgadzam się na pokrycie kosztów związanych z kserowaniem i wydawaniem dokumentacji w wysokości 0,50 zł za jedną stronę dokumentacji medycznej (zgodnie z art.27,28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r).

Odbiór odpisu/ksera i opłata w rejestracji os. Urocze 2 II piętro. Termin wykonania odpisu/ksera:

- Karta z Przychodni os. Urocze 2 (karty do 3 lat wstecz) - 3 dni robocze od złożenia wniosku,
- Karta z innych przychodni naszej firmy – 15 dni roboczych od złożenia wniosku,
- Karta z archiwum firmowego (karty starsze niż 3 lata oraz zamknięte poradnie i nie pracujący lekarze) – 15 dni roboczych od złożenia wniosku.

**Podpis pacjenta** .....

---

### **UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI**

(Wypełnia pacjent, jeśli upoważnia inną osobę do odbioru wyżej wymienionej dokumentacji medycznej. Odbiór przez inną podaną osobę możliwy jest TYLKO podczas gdy w karcie także jest wypisane oświadczenie dla tej osoby)

**Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej następującą osobę:**

imię i nazwisko .....

stopień pokrewieństwa .....

PESEL .....

adres zamieszkania: .....

Numer dowodu osobistego:..... Numer telefonu kontaktowego.....

**Podpis pacjenta** .....