WNIOSEK

_____ ,_____
Miejscowość Data

Imię i nazwisko Pacjenta _____
Adres zamieszkania _____
__ __ - __ __ __ _____
PESEL __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
Data ur. (jeśli brak PESEL) __ __ - __ __ - __ __ __ __
Tel. kontaktowy _____

Do Kierownika
NZOZ OPTIDENT
ul. Obozowa 63/65
01-418 Warszawa
NIP: 5272320980

I. Proszę o udostępnienie:

☐ kopii dokumentacji medycznej (ksero, dokładne powtórzenie oryginału)

☐ odpisu dokumentacji medycznej (kopia, ale sporządzona przez przepisanie treści)

☐ zdjęcia rentgenowskiego

II. Zakres dokumentacji medycznej:

☐ odpis/kopia z całej dokumentacji medycznej

☐ odpis/kopia dokumentacji medycznej z okresu: _____

☐ wszystkie zdjęcia RTG

☐ zdjęcie RTG zęba/zębów: _____

III. Odpłatność - Zgodnie z art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2009r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Pacjentowi przysługuje prawo otrzymania kopii dokumentacji po raz pierwszy bezpłatnie (art. 27 ust.1 i 3 w tejże ustawie; nie dotyczy kosztów wysyłki pocztą tradycyjną). W pozostałych przypadkach wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej określa art. 28 Ustawy z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417) i wynosi 38 gr/1 stronę kopii; 10,92 zł/1 stronę odpisu oraz 2,18zł/za jeden elektroniczny nośnik danych (płyta CD).

IV. Sposób udostępnienia:

☐ odbiorę osobiście u pracowników rejestracji NZOZ OPTIDENT (zalecane)

☐ dokumentację odbierze przedstawiciel ustawowy/osoba upoważniona przez pacjenta

_____ _____
Imię i nazwisko Data urodzenia

UWAGA: W celu weryfikacji tożsamości osoby odbierającej dokumenty, pracownik rejestracji poprosi o okazanie dowodu tożsamości lub dokumentu ze zdjęciem.

☐ pocztą elektroniczną na adres _____@_____

UWAGA: Wiadomość elektroniczna **NIE JEST** zalecanym sposobem przekazania dokumentacji medycznej. Znajdują się tam dane wrażliwe, w tym dane pacjenta (np. PESEL, adres zamieszkania) i opis stanu zdrowia.

_____ _____
Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej Data

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej przygotowanej na podstawie powyższego wniosku.

_____ _____
Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej Data