

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 - 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 30 gr/1 stronę kopii; 9,70 zł/1 stronę odpisu oraz 1,90zł/za jeden elektroniczny nośnik danych (płyta CD).

IV. Sposób udostępnienia:

- odbiorę osobiście u pracowników rejestracji NZOZ OPTIDENT (zalecane)
- dokumentację odbierze przedstawiciel ustawy/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.

- pocztą tradycyjną **za potwierdzeniem odbioru** na adres: _____

UWAGA: Koszt wysyłki pokrywa Pacjent, wg cennika Poczty Polskiej. Dokumentacja zostanie wysłana po uregulowaniu płatności za dokumentację i koszt wysyłki.

Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej

Data

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej przygotowanej na podstawie powyższego wniosku.

Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej

Data