

.....
.....
.....
Kamienna Góra, dn.

.....
.....
.....
(imię, nazwisko, PESEL, adres, telefon kontaktowy)

Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o.
ul. J. Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra
Dział Statystyki medycznej

P O D A N I E

o udostępnienie dokumentacji medycznej

Proszę o:

1) sporządzenie kopii dokumentacji medycznej w wersji papierowej (jakiej?):

w całości

w części:

2) przegranie zabiegu operacyjnego (artroskopia) z dnia: na płytę CD/DVD

3) przegranie zdjęcia RTG na płytę CD/DVD, zdjęcie wykonano dnia:

Dokumentacja medyczna potrzebna mi jest w celu:

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z Cennikiem za udostępnianie dokumentacji medycznej.*

W/w dokumentację:

odbiorę osobiście lub upoważniona przeze mnie osoba:

dane osoby upoważnionej:

proszę przesłać pocztą na poniższy adres:

.....
.....
.....
Jednocześnie zobowiązuję się pokryć w całości koszty udostępnienia dokumentacji medycznej.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

Cennik – udostępnienie dokumentacji medycznej: *

1 strona kopii: 0,34 zł*; 1 strona odpisu/wyciągu: 9,73 zł; cena przegranie zabiegu/zdjęć RTG na płytę CD/DVD: 1,95 zł*; koszty przesyłki dokumentacji medycznej: 10,00 zł.

Nr rachunku bankowego dla wpłat przelewem: **31 1090 1942 0000 0001 2240 6085**

.....
kwituję odbiór – data i czytelny podpis

.....
nr paragonu / f-ry

* Wysokość opłat zgodna z art. 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U. 2017 nr 836).

Wysokość opłaty za przesyłkę jest zgodna z cennikiem DCR Sp. z o.o.