

.....
.....
.....
Kamienna Góra, dn.

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

Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii 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
 pierwszorazowe kolejne

Proszę o:

- 1) sporządzenie kopii dokumentacji medycznej:
do wglądu* ; w formie: kopii/skanu*, wyciągu*, odpisu*, wydruku* (**podkreślić właściwe*)
 w całości
 w części:
- 2) wydanie zaświadczenia
- 3) przegranie zabiegu operacyjnego (artroskopia) z dnia: na płytę CD/DVD
- 4) 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. Jednocześnie zobowiązuję się pokryć w całości koszty udostępnienia dokumentacji medycznej.

Sposób przekazania dokumentacji:

- osobiście lub upoważniona przeze mnie osoba (*imię, nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia*) :
.....
- przesłanie pocztą tradycyjną / elektroniczną na adres:
.....
- na cyfrowym nośniku danych; rodzaj nośnika: płyta CD/DVD, inny:
.....

.....
data i czytelny podpis pacjenta

Cennik – udostępnienie dokumentacji medycznej: (obowiązujący w okresie 01.03 – 31.05.2022 r.) *

1 strona kopii: 0,41 zł*; 1 strona odpisu/wyciągu: 11,99 zł; cena przegrania zabiegu/zdjęć RTG na płytę CD/DVD: 2,39 zł*; koszty przesyłki dokumentacji medycznej: 10,00 zł.

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

.....
nr paragonu / f-ry

.....
kwitując odbiór – data i czytelny podpis

.....
* Wysokość opłat zgodna z art. 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U. 2017 nr 1318 z dn. 04-07-2017 r. z późn. zm.). Wysokość opłaty za koszty przesyłki wg z cennika DCR Sp. z o.o.

Powyższe opłaty nie obowiązują pacjenta składającego podanie pierwszorazowe.