

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko

PESEL

Numer karty pacjenta.....

Adres.....

.....

.....

Dane osoby występującej z wnioskiem: Matka Ojciec Opiekun prawny

Imię i nazwisko

PESEL

Nr dowodu tożsamości.....

Tel. kontaktowy

Adres mailowy

DATA.....

**Do Dyrekcji
Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu****WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** po raz pierwszy* ponownie*

*Uwaga: Instytut posiada rejestr wydanej dokumentacji i zgodnie z nim będzie naliczał lub nie stosowne opłaty.

Proszę o wydanie:

 Kopii dokumentacji medycznej – cena za 1 stronę: 0,30 zł.* ambulatoryjnej – za jaki okres?..... szpitalnej – za jaki okres?..... Potwierdzenie za zgodność z oryginałem. **Odpisu** mojej dokumentacji medycznej – cena za 1 stronę: 9,00 zł.* ambulatoryjnej za jaki okres?..... szpitalnej za jaki okres?..... **Kopii** na nośniku elektronicznym – cena 1,80 zł.*

* Wysokość opłat zgodna z art. 28 USTAWY z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U.2012.159 z późn. zm.)

Dokumentacja medyczna zostanie przesłana na adres pacjenta wskazany podczas rejestracji do Instytutu** jako przesyłka „pobraniowa” zgodnie z opłatą za tę usługę Poczty Polskiej lub:

 odbiór osobisty odbiór osoby upoważnionej pisemnie przez pacjenta wysłanie na adres mailowy.....
podpis pacjenta/rodzica lub opiekuna prawnego pacjenta/osoby upoważnionej

Upoważniam poniższą osobę do odbioru wymienionej dokumentacji medycznej (wypełnia tylko pacjent)

Imię i nazwisko PESEL

Nr dokumentu tożsamości

.....
podpis pacjenta/rodzica lub opiekuna prawnego pacjenta/osoby upoważnionej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
podpis pacjenta/rodzica lub opiekuna prawnego pacjenta/osoby upoważnionej

** opłata za przesyłkę na koszt odbiorcy wg aktualnego cennika Poczty Polskiej