

**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: 0,35 zł.\* ambulatoryjnej – za jaki okres? .....  szpitalnej – za jaki okres? ..... Potwierdzenie za zgodność z oryginałem. **Odpisu** mojej dokumentacji medycznej – cena za 1 stronę: 9,50 zł.\* ambulatoryjnej za jaki okres? ..... szpitalnej za jaki okres? ..... **Kopii** na nośniku elektronicznym – cena 2,00 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*