

Dane Pacjenta:

Nazwisko:

Imię:

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numer karty pacjenta:

Adres:

.....

Dane osoby występującej z wnioskiem:

☐ Matka

☐ Ojciec

☐ Opiekun prawny

Nazwisko:

Imię:

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: bezpłatnie;

☐ ponownie: za opłatą¹

Proszę o wydanie:

☐ Kopii dokumentacji medycznej – cena za 1 stronę: 0,55 zł¹

☐ ambulatoryjnej zakres od dn. |D| |D| - |M| |M| - |R| |R| |R| |R| do dn. |D| |D| - |M| |M| - |R| |R| |R| |R|

☐ szpitalnej w dn. |D| |D| - |M| |M| - |R| |R| |R| |R| do |D| |D| - |M| |M| - |R| |R| |R| |R|

☐ Potwierdzenie za zgodność z oryginałem.

☐ Odpisu mojej dokumentacji medycznej – cena za 1 stronę: 16,50 zł¹

☐ ambulatoryjnej zakres od dn. |D| |D| - |M| |M| - |R| |R| |R| |R| do dn. |D| |D| - |M| |M| - |R| |R| |R| |R|

☐ szpitalnej w dn. od |D| |D| - |M| |M| - |R| |R| |R| |R| do |D| |D| - |M| |M| - |R| |R| |R| |R|

☐ Kopii na nośniku elektronicznym – cena 3,30 zł¹.

Dokumentacja medyczna zostanie:

☐ przesłana na adres pacjenta wskazany podczas rejestracji do Instytutu jako przesyłka „pobraniowa” zgodnie z opłatą za tę usługę Poczty Polskiej² lub:

☐ odebrana osobiście w Instytucie Fizjologii i Patlogii Słuchu

☐ odebrana w Instytucie Fizjologii i Patlogii Słuchu przez osobę upoważnioną pisemnie przez pacjenta (z drukiem upoważnienia)

☐ wysłana na adres mailowy w formie załącznika zakodowanego hasłem (hasło przesłane na nr telefonu pacjenta)

.....
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

1 Wysokość opłat zgodna z art. 28 USTAWY z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U.2024.581 z późn. zm.)

2 Opłata za przesyłkę na koszt odbiorcy wg aktualnego cennika Poczty Polskiej

WKDOKMED-IFPS 2025-01