

.....
Miejscowość, data

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko

Pacjenta

Adres zamieszkania

.....

..... -

PESEL

.....

Data ur.

(Jeśli brak nr PESEL)

..... - -

Tel. kontaktowy

.....

**Do Kierownika
Dental Harmony
ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 45
00-347 Warszawa
NIP 611-181-54-58**

I. Proszę o udostępnienie:

- kopii dokumentacji medycznej (ksero, dokładne powtórzenie oryginału)
- odpisu dokumentacji medycznej (kopia, ale sporządzona przez przepisanie treści)
- zdjęcia rentgenowskiego

II. Zakres dokumentacji medycznej:

- odpis/kopia z całej dokumentacji medycznej
- odpis/kopia dokumentacji medycznej z okresu:
- wszystkie zdjęcia RTG
- zdjęcie RTG zęba/zębów:

III. Odpłatność

Zgodnie z art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2009r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Pacjenci przysługują prawo otrzymania kopii dokumentacji po raz pierwszy bezpłatnie (art. 27 ust.1 i 3 w tejże ustawie; nie dotyczy kosztów wysyłki pocztą tradycyjną). W pozostałych przypadkach wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej określa art. 28 Ustawy z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417) i wynosi 38 gr/1 stronę kopii; 10,92 zł/1 stronę odpisu oraz 2,18zł/za jeden elektroniczny nośnik danych (płyta CD).

IV. Sposób udostępnienia:

- odbiorę osobiście u pracowników rejestracji Dental Harmony (zalecane)
- dokumentację odbierze przedstawiciel ustawowy/osoba upoważniona przez pacjenta:

..... - -

Imię i nazwisko

Data urodzenia

UWAGA: W celu weryfikacji tożsamości osoby odbierającej dokumenty, pracownik rejestracji poprosi o okazanie dowodu tożsamości lub dokumentu ze zdjęciem.

- pocztą elektroniczną na adres@.....

UWAGA: Wiadomość elektroniczna NIE JEST zalecanym sposobem przekazania dokumentacji medycznej. Znajdują się tam dane wrażliwe, w tym dane pacjenta (np. PESEL, adres zamieszkania) i opis stanu zdrowia.

.....

..... - -

Czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej

Data

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej przygotowanej na podstawie powyższego wniosku.

.....

..... - -

Czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej

Data