..... 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 Rozliczeń i 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/MRI 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 01.12.2024 – 28.02.2025 r.) *
1 strona kopii: 0,57 zł*; 1 strona odpisu/wyciągu: 16,32 zł; cena przegrania zabiegu/zdjęć RTG/MRI na płytę CD/DVD: 3,26 zł*; koszty przesyłki dokumentacji medycznej: 20,00 zł.

Nr rachunku bankowego dla wpłat przelewem: 16 1020 5226 0000 6402 0715 9843
Dokumentację medyczną można wysłać na adres: **dokumentacjamedyczna@dcro.org.pl**

....
nr paragonu / f-ry *kwituję 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 DCRO Sp. z o.o.*

Powyższe opłaty nie obowiązują pacjenta składającego podanie pierwszorazowe.