

.....  
.....  
.....  
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 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 01.03.2026 – 31.05.2026 r.) \*  
1 strona kopii: 0,64 zł\*; 1 strona odpisu/wyciągu: 18,40 zł; cena przegrania zabiegu/zdjęć RTG na płytę CD/DVD: 3,68 zł\*; koszty przesyłki dokumentacji medycznej: 20,00 zł.

Nr rachunku bankowego dla wpłat przelewem: 16 1020 5226 0000 6402 0715 9843

Podanie o udostępnienie dokumentacji medycznej mo na wysła na adres: [dokumentacjamedyczna@dcro.org.pl](mailto:dokumentacjamedyczna@dcro.org.pl)

.....  
*nr paragonu / f-ry*

.....  
*kwitując 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.

**Powyzsze opłaty nie obowiązują pacjenta składającego podanie pierwszorazowe.**