

# Cennik opłat za ksero oraz za udostępnianie dokumentacji medycznej

Lp.	Wyszczególnienie	Cena brutto
1	Sporządzenie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej	11,31 zł/stronę
2	Sporządzenie kopii lub wydruku dokumentacji medycznej	0,40 zł/stronę
3	Udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych	2,26 zł/nośnik

**Zgodnie z obowiązującymi przepisami, za udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy za dany okres - nie jest pobierana opłata**

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2021 poz. 711 z późn. zm.)
2. Ustawa z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2020 poz. 849 z późn. zm.)
3. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1781 z późn. zm.)
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 poz. 666 z późn. zm.)

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

/podstawa prawna ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 ze zm./

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: 

Adres zamieszkania: .....

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:***(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

**Wnioskuje o:** (zaznaczyć właściwe)

- wydanie kopii dokumentacji medycznej  
 sporządzenie odpisu dokumentacji medycznej  
 sporządzenie wyciągu dokumentacji medycznej  
 udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- poradni: .....
- okres leczenia: .....

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście  
 proszę wysłać na adres: .....
- odbierze osoba upoważniona:  
 – imię i nazwisko: .....
- numer dowodu osobistego: .....

Oświadczam, iż:

zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „Trzech Wieszczów” Sp. z o.o. w Częstochowie,

- 1) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),
- 2) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 21 dni od przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....  
miejsowość, data.....  
podpis wnioskodawcy**POTWIERDZENIE WPLYWU:**

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: .....

Podpis pracownika: .....

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentacjęTożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:  
(uzupełnić właściwie)

- dowód osobisty
- inny dokument .....

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację