

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

Przesyłanie udostępnionej dokumentacji na wskazany adres następuje na wniosek i na koszt wnioskodawcy.

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2023 poz. 991 z późn. zm.)
2. Ustawa z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2023 poz. 1545 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 2022 poz. 1304 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 WPŁYWU:**

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