

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres pacjenta: kod pocztowy, miejscowość

.....
 Ulica

.....
 Telefon kontaktowy

.....
PESEL pacjenta

Dyrektor

WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO

04-141 Warszawa, ul. Szaserów 128

WNIOSEK

Wnioskuje o wykonanie kserokopii dokumentacji medycznej – badań obrazowych -z pobytu w Klinice / Oddziale / Zakładzie/ Poradniw okresie

Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o kosztach, które zobowiązuję się pokryć.

.....
 Podpis osoby składającej wniosek

POLA PONIŻEJ WYPEŁNIA PRACOWNIK PRZYJMUJĄCY WNIOSEK !!!

Wniosek złożył / a P.

Legitymujący / a się dowodem osobistym - seria: nr:

.....
 Czytelny podpis pracownika

Dokumentację wydał/a

Dokumentację otrzymałam/ - em

.....
 data i czytelny podpis pracownika
 uprawnionego do udostępnienia dokumentacji

.....
 Data i czytelny podpis osoby uprawnionej
 do odbioru dokumentacji

*Oplaty za dokumentację medyczną są pobierane zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wysokość opłaty :
 1. jedną stroną wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
 *jedną stroną wyciągu albo odpisu w formie papierowej nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia j.w
 • jedną stroną kopii dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa powyżej;
 • sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeśli podmiot wykonujący działalność leczniczą prowadzi dokumentację w tej formie - nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.*

	Pierwszopozycja	ilość	cena netto
1.	strona wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej		
2.	strona kopii dokumentacji medycznej		
3.	wyciąg, odpis lub kopia dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych		

Upoważnienie do odbioru kopii dokumentacji medycznej

1. Miejscowość i data:.....

2. Imię i nazwisko pacjenta:.....

3. Adres zamieszkania:.....

4. PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Ja, niżej podpisany/a, legitymujący się dowodem osobistym

seria.....nr.....upoważniam do odbioru mojej dokumentacji

medycznej, o której udostępnienie złożyłem wnioski w dn.....,

Panią/Pana.....legitymującą/-ego się

dowodem osobistym seria.....nr.....

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

.....
Podpis pracownika przyjmującego
upoważnienie