

Udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta można składać w rejestracji Ośrodka, przysłać pocztą na adres Ośrodka lub w formie skanu na adres e-mail: rejestracja@korwr.pl. Kontakt telefoniczny pod numerem: 12 421 68 62.

Za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierane są opłaty zgodnie z zapisami Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2020 p.849). Pierwsza kopia dokumentacji medycznej w żądanym zakresie udostępniania jest bezpłatnie.

Wydanie dokumentacji pacjentowi lub osobie upoważnionej na piśmie następuje po wcześniejszym dokonaniu opłaty w rejestracji zgodnie z Cennikiem udostępniania dokumentacji medycznej.

Odpłatność za dokumentację medyczną - podstawa wyliczenia.

Podstawa wyliczenia – wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale	Maksymalne opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej
	1 strona kopii albo wydruku
	maks. 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia

Wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej w załączeniu.

Dyrektor Ośrodka
10 2 101
lek.med. Joanna Olga Toś

.....
Nazwisko i imię wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód tożsamości wnioskodawcy

Krakowski Ośrodek Rehabilitacji Wieków Rozwojowego
31-532 Kraków, ul. Prochowa 12

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta:
.....
.....

2. Dokumentacja dotyczy leczenia we wszystkich poradniach placówki.
.....

3. Dokumentacja dotyczy leczenia realizowanego przez wszystkich lekarzy.
.....

4. Za okres:
od do

5. Forma odbioru dokumentacji:

Odbiór:

osobisty

przez osobę upoważnioną:
Nazwisko i imię, dowód tożsamości

Zobowiązuję się do zwrotu nieuszkodzonej, kompletnej dokumentacji oraz do przestrzegania zasad poufności i ochrony danych osobowych

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru oryginału dokumentacji medycznej przez osobę wnioskującą

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie zwrotu wydanego oryginału dokumentacji medycznej w postaci kompletnej i nieuszkodzonej / niekompletnej lub uszkodzonej *

.....
Czytelny podpis pracownika przychodni

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić