

.....
Imię i nazwisko Pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Tel. kontaktowy

Mazowieckie Centrum Rehabilitacji „STOCER” Sp. z o.o.
ul. Wierzejewskiego 12
05-510 Konstancin-Jeziorna

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

- kopia zdjęć RTG
 kopia dokumentacji medycznej w formie papierowej A4/A5
 inne, np. kopia MR, TK, opis USG,
(proszę o zapisanie rodzaju badania poniżej)

.....
 Z leczenia w Szpitalu:

Data leczenia:

Z leczenia ambulatoryjnego:

Poradnia Ortopedyczna

Poradnia Rehabilitacyjna

Izba Przyjęć (urazowo-ortopedyczna)

Data leczenia:

Nr karty

Za dokumentację medyczną wydawaną pierwszorazowo pacjent **nie ponosi kosztów**.

Za dokumentację medyczną wydawaną kolejny raz pacjent ponosi opłaty wg obowiązującego cennika.

Forma odbioru dokumentacji medycznej:

odbiór osobisty

w Sekcji Dokumentacji Medycznej

przesyłka pocztowa (**za pobraniem – koszt 19,20 zł brutto**)

FV – dane do faktury prosimy podać na odwrocie wniosku

Na podstawie art. 28 ustawy ust. 4 z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009.76.641), MCR „STOCER” pobiera opłaty za sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującym cennikiem.

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów za kserokopię dokumentacji medycznej oraz jej ewentualnej wysyłki. W przypadku nie odebrania przesyłki, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii dokumentacji medycznej oraz kosztów wysyłki. Wyrażam również zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.

.....
Podpis Pacjenta (osoby upoważnionej)