

ZARZĄDZENIE NR 62/2015

Kierownika Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej – Curie
z dnia 22 grudnia 2015 r.

w sprawie zmiany zarządzenia Nr 40/2014 r. Dyrektora Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie z dnia 20 października 2014 r. w sprawie zasad i sposobu udostępnienia dokumentacji medycznej przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie oraz wysokości opłat za jej udostępnianie.

Na podstawie § 6 Statutu Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, zarządza się, co następuje:

§ 1

Załącznik do Zarządzenia Nr 40/2014 Dyrektora Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie z dnia 20 października 2014 r. w sprawie zasad i sposobu udostępnienia dokumentacji medycznej przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie oraz wysokości opłat za jej udostępnianie otrzymuje treść w brzmieniu załącznika do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

K I E R O W N I K
Centrum Onkologii – Instytutu
im. Marii Skłodowskiej-Curie

Prof. nadzw. dr hab. n. med.
Jerzy Jakubowicz

miejscowość i data

**Dyrektor
Centrum Onkologii – Instytutu
im. Marii Skłodowskiej – Curie
ul. W. K. Roentgena 5
02-781 Warszawa**

WNIOSEK o wydanie kopii dokumentacji medycznej

Osoba występująca z wnioskiem (właściwie zakreślić):

- | | |
|---|---|
| ☐ Pacjent | ☐ osoba wyznaczona przez pacjenta do |
| ☐ Przedstawiciel ustawowy pacjenta | złożenia wniosku |
| ☐ Osoba upoważniona przez pacjenta | |

Dane pacjenta: Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____ PID _____ Nr tel. kontaktowego _____	Dane przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta występującej z wnioskiem: Imię i nazwisko: _____ Nr tel. kontaktowego _____ PESEL: _____
--	---

Zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej/ historii choroby* z leczenia w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie:

- ☐ za okres _____
- ☐ całość
- ☐ do wglądu w siedzibie Instytutu (zgodnie z obowiązującym protokołem)
- ☐ poprzez sporządzenie:
 - ☐ odpisu ☐ kopii ☐ wyciągu
- ☐ w oryginale po podpisaniu oświadczenia odbioru oryginału dokumentacji medycznej przez pacjenta/ osobę upoważnioną*.
- ☐ karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego kopia/oryginał*

Dokumentację medyczną:

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ proszę o przesłanie na adres _____

Oświadczam, że zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.) zgadzam się na pokrycie kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej, a także koszty przesyłki.

Podpis osoby składającej wniosek _____

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

Data i podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną _____

** Niepotrzebne skreślić*