
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 z leczenia w Centrum Onkologii - Instytucie**

Osoba występująca z wnioskiem (właściwe 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* :

- ☐ za okres _____
- ☐ całość
- ☐ do wglądu w siedzibie Instytutu (zgodnie z obowiązującym protokołem)
- ☐ poprzez sporządzenie:
☐ odpisu ☐ kopii ☐ wyciągu
- ☐ karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego kopia/oryginał*
- ☐ kopia przetwarzanych danych osobowych na podstawie art. 15 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- ☐ inne, np. dokumentacja radiologiczna (płyty CD, opis badań)

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 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.) zgadzam się na pokrycie kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej.

Podpis osoby składającej wniosek _____

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

Data i podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną _____

* Niepotrzebne skreślić