

\_\_\_\_\_

miejsowość 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 (właściwe zakreślić):

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

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