**DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII** Wrocław, dnia …………….……………

**WE WROCŁAWIU**

 **Wniosek o wydanie kserokopii/oryginału dokumentacji medycznej**

**znajdującej się w zasobach archiwalnych szpitala dotyczącej:**

* Mojej osoby
* Osoby, której jestem prawnym opiekunem
* Posiadam upoważnienie (w załączniku)
1. **DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :**

Nazwisko ……………………..…………. Imię …………………..…………… PESEL ………………………………..………

**Przebywał:**

Oddział……………………………………..……………... daty hospitalizacji ………………………….……………………

Poradnia ………………………….………………………. data wizyty………………………………………………............

**Diagnostyka obrazowa (RTG, CT**)

Badanie wykonano w czasie:

□ pobytu szpitalnego w oddziale………………………………………….. w dniu ………..……………………………

□ wizyty ambulatoryjnej w poradni………………………..…………….. w dniu …………………….………………

□ Płyta CD z badaniem RTG □ Płyta CD z badaniem CT □ Klisza RTG

**Inne szczególne** (wymagany opis wniosku)

……………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………

**Sposób odbioru dokumentacji**

□ Odbiór osobisty

□ Przesłanie za zaliczeniem pocztowym na adres wnioskodawcy :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………

**2. DANE WNIOSKODAWCY** (w przypadku odbioru kopii dokumentacji przez inne osoby niż wnioskodawca wymagane jest upoważnienie.)

Imię i nazwisko ……………………………………………..……………………………… PESEL ……………………………….…..…

Adres ……………………………………………………………………………..……………………... tel. ………………….…………..…

 ……………………….………………

 (data i podpis wnioskodawcy)

**Jeśli wnioskodawca jest pacjentem, to pierwszą kopię dokumentacji medycznej otrzymuje bezpłatnie.**

**W przypadku gdy wnioskodawca nie jest pacjentem ponosi koszt za kserokopię dokumentacji medycznej wg cennika DCO**

**Kwota do zapłaty za udostępnioną dokumentację medyczną**: …………………………….…………………………

………………………………..…………………………… …………………..……………………………………..

 (data i podpis osoby wydającej dokumentacje) (data i podpis osoby odbierającej dokumentacje)