
miejsowość i data

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

WNIOSEK

o wydanie kopii dokumentacji medycznej z leczenia w Narodowym Instytucie Onkologii

Osoba występująca z wnioskiem (właściwie zakreślić):

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

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

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)

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej w formie:

- papierowej
 elektronicznej

Dokumentację medyczną:

- odbiorę osobiście
 proszę o przesłanie na adres

korespondencyjny _____

Oświadczam, że zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 849 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