|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Szczecin, dnia………………………  **WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**  Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:   |  | | --- | | Imię i nazwisko: |  |  | | --- | | Adres : |  |  | | --- | | Nr telefonu kontaktowego: | | Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja: | | Imię i Nazwisko: | | PESEL: | | Data i miejsce udzielania pomocy przez ZRM |   Wnioskuję o wydanie:   * Kopii dokumentacji medycznej * Odpisu dokumentacji medycznej * Wyciągu z dokumentacji medycznej * Dokumentacji medycznej do wglądu   Rodzaj dokumentacji medycznej   * Karta medycznych czynności ratunkowych * Karta zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego * Inne (wyciąg z Księgi Dysponenta)   Wnioskowaną dokumentację medyczną:   * Odbiorę osobiście * Wysłać pocztą na adres: …………………………………………………………………………………….. * Odbierze osoba upoważniona:   1. Imię i nazwisko:…………….………………………………………………….………….…   2. Nr dowodu osobistego:…………..…………………………………………………..……………   Oświadczam, iż:   * Zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie.   …………………… …..…………..……  Miejscowość, data podpis wnioskodawcy  **Potwierdzenie wpływu:**   |  | | --- | | **Data:** | | **Uzgodniony termin odbioru/udostępnienia do wglądu:** | | **Podpis pracownika Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie:** |   POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI:   * Odebrano osobiście przez pacjenta w dniu ………………………………………………………………. * Odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta w dniu………………………………………………   + Upoważnienie w niniejszym wniosku   + Odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku) * Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej udostępnionej osobie bliskiej   Potwierdzam odbiór / kserokopii\*/ odpisu\*/wyciągu\*/wydruku\*/ dokumentacji medycznej  w dniu ………………………… .  Oświadczam, że nie jest mi znany sprzeciw innych osób bliskich.  *\*Przez osobę bliską należy rozumieć małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta (art.3 ust.1 pkt.2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).*   |  | | --- | | Naliczono opłaty w wysokości: | | Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczna potwierdzono na podstawie:  ………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………  Rodzaj i numer dokumentu |   …………………………………………  Data i podpis pracownika wydającego dokumentację  **POTWIERDZENIE ODBIORU:**   * **Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej**   **…………………………………………**  **Data i podpis osoby odbierającej dokumentację** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Szczecin, dnia………………………  **UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**  **Dane upoważniającego Pacjenta:**   |  | | --- | | Imię i nazwisko: | | PESEL:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | Adres zameldowania | | Data i miejsce urodzenia: |  |  | | --- | | **Upoważniam** **Panią/Pana:** | | Legitymującą/ego się (rodzaj dokumentu) | | seria i numer |   Do odbioru dotyczącej mnie dokumentacji medycznej wyszczególnionej we wniosku złożonym w dniu:   |  | | --- | |  |   …………………………………………………………  Data i czytelny podpis Pacjenta |