|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |