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