

## Wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej

.....  
Imię i nazwisko

Nowy Sącz, dnia

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
Dowód tożsamości

**Do Dyrekcji  
SP ZOZ – Sąddeckie Pogotowie Ratunkowe  
w Nowym Sączu**

### Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie mi / kopii\*/ wyciągu\*/ odpisu\*/  
dokumentacji medycznej / pełnej\*/ częściowej\*/ uwierzytelnionej\*/ nie uwierzytelnionej\*/  
z wynikami badań\*/ bez wyników badań\*/

pacjenta .....  
sporządzonej w tutejszym SP ZOZ- Sąddeckie Pogotowie Ratunkowe w Nowym Sączu w  
okresie .....

Oświadczam, iż ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb  
udostępniania dokumentacji medycznej oraz pokryję w całości koszt wykonania powyższej  
dokumentacji stosownie do: *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( Dz. U. Nr  
112 poz. 654 z póź. zm. ) oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw  
Pacjenta ( t. j. Dz. U. z 2012 r. 159 z póź. zm. )*.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(Podpis wnioskodawcy)

### Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór / kserokopii\*/ wyciągu\*/ odpisu\*/ dokumentacji medycznej  
w dniu .....

.....  
(Podpis pracownika SP ZOZ- SPR w Nowym Sączu)  
\* niepotrzebne skreślić

.....  
( Podpis odbierającego)

