

Nowy Sącz, dnia.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Dowód tożsamości

**Dyrektor
SPZOZ – Sądeckiego Pogotowia Ratunkowego
w Nowym Sączu**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie mi kopii*/ wyciągu*/ odpisu*/wydruku* uwierzytelnionej dokumentacji medycznej pacjenta
sporządzonej w SPZOZ- Sądeckim Pogotowiu Ratunkowym 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 (t.j. Dz.U.2022.633 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U.2022.1876 z późn.zm.) a także Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r (tj. Dz.U.2022.1304 z późn.zm.)

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru

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

Oświadczam, że nie jest mi znany sprzeciw innych osób bliskich.*

.....
(Podpis pracownika Sądeckiego Pogotowia Ratunkowego)

.....
(Podpis odbierającego)

* **niepotrzebne skreślić**