

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*/ dokumentacji medycznej pełnej*/
częściowej*/ uwierzytelnionej*/ nie uwierzytelnionej*/ z wynikami badań*/ bez wyników badań*/
pacjenta
sporządzonej w tutejszym 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.2018.160 z późn. zm.),
oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 o Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw (t.j. Dz.U.2017.1318 z późn.zm.).

*** niepotrzebne skreślić**

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru

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

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

.....
(Podpis odbierającego)



.....
(miejsowość, data)

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

Upoważniam Pana/Panią (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....(Imię i nazwisko)

legitymującego/cej się dokumentem tożsamości nr..... do odbioru

kserokopii/wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej.....(Imię

i nazwisko pacjenta) sporządzonej w SPZOZ Sąddeckim Pogotowiu Ratunkowym w Nowym Sączu

w dniu.....

Dane upoważniającego:

.....(Imię i nazwisko) (PESEL)

.....
(data i podpis osoby upoważniającej)

