



**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DANYCH ZE ZBIORU DANYCH OSOBOWYCH
DLA OSÓB INDYWIDUALNYCH – DOKUMENTACJA MEDYCZNA**
(osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie)

Gdynia, dnia

**Dyrektor
Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego
w Gdyni SP ZOZ**

Pacjent	Wnioskodawca (osoba inna niż pacjent)
Imię i nazwisko:	Imię i nazwisko: Data urodzenia lub nr PESEL:
Data urodzenia lub nr PESEL:	Nr telefonu:
Nr telefonu:	Upoważnienie do odbioru dokumentacji*: w dokumentacji medycz. <input type="checkbox"/> jednorazowe <input type="checkbox"/>

Adres do wysyłki (za odpłatnością)**:

Adres e-mail:

Z zabezpieczeniem hasłem (wiadomość zostanie przekazana telefonicznie na numer tel. w dokumentacji medycznej / wskazany przy rejestracji).

Odbiór osobisty

Do odbioru dokumentacji upoważniam:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres:

Wnioskuję o udostępnienie danych*: pierwszy raz (bezpłatnie) odpłatnie

Data i rodzaj świadczeń zdrowotnych:

(proszę wskazać karetka – zespół ZRM; Poradnia Chirurgiczna z lokalizacją)

Kserokopia / wydruk dokumentacji medycznej Kopia badań RTG na płycie CD

Inne:

Podpis Pacjenta / Wnioskodawcy:



**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DANYCH ZE ZBIORU DANYCH OSOBOWYCH
DLA OSÓB INDYWIDUALNYCH – DOKUMENTACJA MEDYCZNA**
(osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie)

Podpis osoby przyjmującej wniosek:

(wypełnia pracownik M SPR w Gdyni SP ZOZ)

Kopie / wydruk - Ilość stron:..... Wyciąg/Odpis - Ilość stron:.....

Ilość płyt CD: Inny nośnik:

Stawka w PLN: Wycena:

Podpis osoby zatwierdzającej do wydania:.....

* Właściwie zaznaczyć

** Zaznaczyć jeśli dotyczy

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem:

Imię i nazwisko:.....

Data:..... **Podpis Odbierającego:**

Podpis pracownika wydającego dokumentację:.....