



.....
Data

.....
Imię i Nazwisko (osoby składającej wniosek)

.....
PESEL

Do
Stacja Pogotowia Ratunkowego
76-200 Słupsk
ul. Paderewskiego 5

Wniosek pacjenta (osoby uprawnionej) o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/a legitymujący/a się
niniejszym wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej:

.....
Imię i Nazwisko (pacjenta)

.....
Z dnia

.....
godzina

.....
Adres interwencji (opis miejsca zdarzenia)

W formie*:

- Kserokopii
- Do wglądu
- Odpisu
- Kopii na nośniku elektronicznym (udostępnionym przez wnioskującego)
- Skanu przesłanego na wskazany adres e-mail:

.....
 Dokumentację odbiorę osobiście

* Zaznaczyć właściwe X pozostałe skreślić

.....
Miejscowość, data, podpis





Adnotacje

.....
Pieczęć jednostki

Dokumentację medyczną udostępniono do wglądu dnia

Sporządzono:

Kserokopię dokumentacji medycznej: ilość stron.....

Odpis dokumentacji medycznej ilość stron.....

Kopii na nośniku elektronicznym ilość sztuk.....

Przesłano na adres e-mail.....

ilość załączników.....w formacie.....

Odebrałem/am dokumentację medyczną osobiście:

Miejscowość, data, podpis

.....
Podpis pracownika sporządzającego

