Skawina, dnia …………..…………………………….

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

# Dane osoby zgłaszającej wniosek

Imię i nazwisko ..........................................................................................................................................................................................

Adres zamieszkania ………………………………….……………………………..……………………

Adres e-mail ……………………………………………………….…..……….…………........

Numer telefonu ………………………………………………………………...………...……………..

**Osoba zgłaszająca wniosek jest:** (proszę zaznaczyć właściwe znakiem X)

* Pacjentem
* Osobą upoważnioną przez pacjenta
* Przedstawicielem ustawowym pacjenta
* Osobą bliską dla zmarłego pacjenta \*(Oświadczam, że nie jest mi znany sprzeciw innych osób bliskich)

\* Przez osobę bliską należy rozumieć małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta (art.3 ust.1 pkt.2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

# Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Pesel …………………………………………………………………………………………

 **Wnioskuję o wydanie kopii dokumentacji sporządzonej w Pogotowiu Ratunkowym w Skawinie**

z interwencji zespołu ratownictwa medycznego w dniu ………………………………………………………………………………………………………..

**Sposób udostepnienia dokumentacji**:

* poprzez sporządzenie wyciągu
* poprzez sporządzenie kserokopii
* poprzez sporządzenie odpisu
* wydruk zgodny z dokumentacją medyczną pacjenta sporządzoną w SWD PRM

**Sposób odbioru dokumentacji:**

* odbiorę osobiście
* proszę o przesłanie za pośrednictwem poczty na adres ……………………………………………………………………………………………………
* proszę o przesłanie skanu droga elektroniczną na adres mailowy: ……………………………………………………………………………………………
* odbierze osoba pisemnie przeze mnie upoważniona (upoważnienie załączone zostanie do Wniosku).

 Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

 ……………………………..…………… (czytelny podpis osoby składającej wniosek)

 (data i podpis pracownika wydającego dokumentację)