

Wniosek o wydanie/przesłanie * kopii/wyciągu/odpisu* dokumentacji medycznej

Wnioskodawca:

Pruszcz Gdański , dnia

.....
Imię i nazwisko osoby występującej z wnioskiem

.....
Adres

.....
PESEL

.....
Telefon

**Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Pogotowia
Ratunkowego w Pruszczu Gd
ul. Prof. M. Raciborskiego 2A
83-000 Pruszcz Gdański**

Proszę o wydanie/przesłanie * kserokopii/wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej *:

Z leczenia ambulatoryjnego/w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej *

.....
(dane pacjenta, data urodzenia, PESEL, poradnia, termin leczenia)**

Z działań zespołu ratownictwa medycznego

.....
(dane pacjenta, data urodzenia, PESEL, termin i miejsce zdarzenia)**

Zobowiązuję się do odbioru dokumentacji medycznej w ustalonym terminie oraz do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Pogotowiu Ratunkowym w Pruszczu Gd.*

Zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym cennikiem, a także kosztów wysyłki dokumentacji medycznej(opłaty pocztowej).*

.....
(czytelny podpis pacjenta, opiekuna prawnego)

Potwierdzenie odbioru

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

.....
Podpis pracownika SPPR

.....
Podpis odbierającego

* niepotrzebne skreślić ** wypełniać drukowanymi literami