Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 34/2017 Dyrektora SPPR w Pruszczu Gd. z dnia 19.12.2017 roku

**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*