

Miejscowość i data:

Do Dyrektora
Samodzielnej Publicznej Wojewódzkiej
Stacji Pogotowia Ratunkowego
w Gorzowie Wlkp.

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Udostępnienie dokumentacji w każdej formie wymaga weryfikacji tożsamości osoby, której dokumentacja ma zostać udostępniona, oraz jej uprawnienia do dostępu.

Przy odbiorze osobistym należy okazać dokument tożsamości. W przypadku złożenia wniosku w innej formie niż osobiście Stacja weryfikuje tożsamość wnioskodawcy w sposób odpowiedni do formy złożenia wniosku. Wnioskodawca przekazuje informacje niezbędne do przeprowadzenia tej weryfikacji.

Dane pacjenta

Imię i nazwisko: PESEL:

Nr dowodu osobistego lub paszportu:

Telefon: e-mail:

Adres zamieszkania:

Dane wnioskodawcy (jeśli inny niż pacjent)

☐ pacjent ☐ osoba upoważniona przez pacjenta

☐ przedstawiciel ustawowy ☐ osoba bliska zmarłego pacjenta

Imię i nazwisko: PESEL (opcjonalnie):

Nr dowodu osobistego lub paszportu:

Telefon: e-mail:

Zakres i sposób udostępnienia dokumentacji

Na podstawie art. 23, 26 i 27 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta dotyczącej:

☐ świadczenia udzielonego przez zespół ratownictwa medycznego (ZRM)

☐ transportu sanitarnego

Data i miejsce udzielenia świadczenia zdrowotnego:

☐ odbiór osobisty ☐ wysyłka e-mailem ☐ wysyłka pocztą ☐ wgląd ☐ odbiór przez osobę upoważnioną

Jeżeli wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta, należy dołączyć upoważnienie.

Oświadczenie osoby bliskiej zmarłego pacjenta

Wypełnia osoba występująca jako osoba bliska zmarłego pacjenta. Nie dotyczy osoby upoważnionej przez pacjenta za życia ani jego przedstawiciela ustawowego z chwili zgonu, występujących na podstawie art. 26 ust. 2 ustawy.

Pokrewieństwo lub inna więź z pacjentem:

Dokument lub informacje potwierdzające więź:

Oświadczam, że jestem osobą bliską pacjenta (art. 3 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Zaznaczam właściwe:

☐ nie jest mi znany sprzeciw pacjenta wyrażony za życia ani innej osoby bliskiej wobec udostępnienia mi dokumentacji;

☐ załączam postanowienie sądu zezwalające na udostępnienie dokumentacji medycznej.

Potwierdzam zgodność podanych przeze mnie informacji z prawdą. Oświadczenie dotyczy danych pacjenta i wnioskodawcy wskazanych w niniejszym wniosku; w przypadku wniosku pisemnego jest objęte podpisem wnioskodawcy poniżej.

Załączniki dołączone do wniosku:

Podpis wnioskodawcy:

Adnotacje pracownika

1. Przyjęcie wniosku

Forma wniosku: ☐ pisemna ☐ elektroniczna ☐ ustna osobiście ☐ ustna telefonicznie

W przypadku zgłoszenia ustnego pracownik odnotowuje dane pacjenta i wnioskodawcy, zakres żądanej dokumentacji oraz sposób jej udostępnienia w odpowiednich polach formularza. Podpis wnioskodawcy nie jest wymagany.

2. Weryfikacja tożsamości i uprawnień

☐ Potwierdzono tożsamość i uprawnienie do otrzymania dokumentacji.

3. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji

☐ odbiór osobisty ☐ wysyłka e-mailem ☐ wysyłka pocztą ☐ wgląd ☐ odbiór przez osobę upoważnioną

Data udostępnienia:, podpis pracownika udostępniającego: