

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DANYCH ZE ZBIORU DANYCH OSOBOWYCH  
DLA OSÓB INDYWIDUALNYCH – DOKUMENTACJA MEDYCZNA**

(osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie)

Gdynia, dnia .....

Dyrektor  
Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gdyni SP ZOZ**DANE PACJENTA:**

Imię i nazwisko	
PESEL (lub data urodzenia)	
Nr telefonu	

**DANE WNIOSKODAWCY - jeśli wniosek składa inna osoba niż pacjent:**

Imię i nazwisko	
PESEL (lub data urodzenia)	
Nr telefonu	

**Upoważnienie do odbioru dokumentacji:**

- w dokumentacji medycznej;  
 jednorazowe.

**Sposób odbioru dokumentacji:**

- odbiór osobisty;  
 wysyłka pocztą (za odpłatnością).

Adres do wysyłki:

Kod pocztowy i miasto:.....

Ulica i numer domu/ numer lokalu:.....

**Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji:**

- pierwszy raz (bezpłatnie);  
 odpłatnie.

**Rodzaj i data świadczeń zdrowotnych:**

- Zespół Ratownictwa Medycznego – DATA:.....  
 Poradnia Chirurgii Ogólnej przy ul. Żwirki i Wigury 14 – DATA:.....  
 Poradnia Chirurgii Ogólnej przy ul. Białowieskiej 1 – DATA:.....  
 inne:.....

**Forma dokumentacji:**

- kserokopia/wydruk dokumentacji medycznej;  
 kopia badań RTG na płycie CD;  
 inne:.....

**PODPIS PACJENTA/WNIOSKODAWCY:**.....



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DANYCH ZE ZBIORU DANYCH OSOBOWYCH DLA OSÓB INDYWIDUALNYCH – DOKUMENTACJA MEDYCZNA

(osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie)

---

### CZEŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ PRACOWNIKA MSPR

Podpis osoby przyjmującej wniosek:.....

Kopie / wydruk – Ilość stron: .....

Wyciąg/Odpis – Ilość stron: .....

Ilość płyt CD: .....

Inny nośnik: .....

Stawka w PLN: .....

Wycena: .....

Podpis osoby zatwierdzającej do wydania:.....

---

### Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem:

Imię i nazwisko:.....

Data odbioru: .....

Podpis Odbierającego:.....

Podpis pracownika wydającego dokumentację:.....