 <b>KARETKI SZTUMSKIE</b>	<b>Karetki Sztumskie</b>
	<b>Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej</b>

Sztum, dnia .....


WNIOSKODAWCA																						
<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>																						
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>																						
<b>NR PESEL</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																				<b>TELEFON KONTAKTOWY</b>	

DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY OSOBY	
(UWAGA! <u>wypełnić tylko</u> w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji medycznej jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta )	
<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>	
<b>NR PESEL</b>	

DOKUMENTACJA MEDYCZNA	
<b>Dokumentacja dotyczy</b>	(proszę podać nazwę świadczenia udzielonego przez ZRM))
<b>W dniu/ w okresie</b>	(proszę podać datę udzielonego świadczenia)
<b>Rodzaj dokumentacji medycznej</b>	(np.: Karta Zlecenia Wyjazdu / Karta Medycznych Czynności Ratunkowych))
<b>Cel udostępnienia</b>	

Niniejszym, wnioskuję o (właściwe zaznaczyć znakiem „X”):

- wgląd do dokumentacji medycznej (bezpłatne),
- wydanie **odpisu** (pełen tekst dokumentu z potwierdzeniem zgodności z oryginałem),
- wydanie **kserokopii** (bez potwierdzenia zgodności z oryginałem),
- wydanie **wyciągu** (fragment tekstu dokumentu z potwierdzeniem zgodności z oryginałem),

 <b>KARETKI SZTUMSKIE</b>	<b>Karetka Sztumskie</b>
	<b>Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej</b>

wydanie **dokumentacji medycznej wyżej określonej** (płatne zgodnie z cennikiem Karetek Sztumskich) i zobowiązuje się do pokrycia kosztów sporządzenia ww. formy dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Karetkach Sztumskich, z którego treścią się zapoznałem/am.

Zawnioskowaną dokumentację medyczną (odpowiednie zakreślić):

- odbiorę osobiście;
- odbierze osoba przeze mnie upoważniona,
- proszę wysłać pocztą na adres wskazany w niniejszym wniosku (opłata za dokumentację medyczną zostanie powiększona o koszty wysyłki).

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

<b>POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA</b>			
1. Tożsamość osoby odbierającej kopię (wyciąg, odpis) dokumentacji medycznej została stwierdzona na podstawie (wskazać nazwę dokumentu tożsamości):  ..... nr .....			
2. Ilość stron dokumentacji medycznej:		3. Wniesiono opłatę gotówką/przelewem* w wysokości:	
4. Zgodnie z wnioskiem wysłano listem poleconym nr ..... dnia .....			
czytelny podpis osoby odbierającej		data, podpis i pieczęć pracownika wydającego	

\*- niepotrzebne skreślić

**INFORMACJA DLA WNIOSKODAWCY**

- udostępnienie dokumentacji medycznej odbywa się bez zbędnej zwłoki, w terminie do 30 dni, licząc od daty złożenia/wpłynięcia wniosku do Karetek Sztumskich.
- prosimy o wypełnienie wniosku drukowanymi literami.