

|                               |   |         |                          |
|-------------------------------|---|---------|--------------------------|
| SP ZOZ<br>WSPRiTS<br>w Płocku | <b>Formularz SZJ</b>  | Strona  | 1 z 1                    |
|                               | <b>WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</b><br><br>w formie kopii*/zaświadczenia* z dnia .....<br><br>nr...../..... | Wydanie | 1<br>z dn.<br>05.01.2017 |
|                               |   | Zmiana  | 0                        |

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Telefon kontaktowy: .....

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii\*/wyciągu\*/odpisu\* dokumentacji medycznej ww. pacjenta, sporządzonej w SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku,

.....  
(nazwa dokumentacji medycznej /data udzielonego świadczenia medycznego)

Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku Rozdział VII §29 ust. 20. Zakład nie pobiera opłat za udostępnienie w tej formie dokumentacji medycznej.

Powyższą dokumentację odbiorę osobiście.\*

Powyższą dokumentację odbierze osoba\* (imię i nazwisko osoby odbierającej, adres zamieszkania)

.....

.....

(czytelny podpis osoby składającej wniosek)

#### Decyzja odnośnie udostępnienia dokumentacji medycznej:

Zgoda Dyrektora ds. Medycznych\*  
Upoważnionego pracownika\*

.....  
(data, podpis, pieczęć)

#### Potwierdzenie odbioru: Potwierdzam odbiór kserokopii\*/wyciągu\*/odpisu\* dokumentacji medycznej:

.....  
(data, czytelny podpis pracownika)

.....  
(data, czytelny podpis, nr dowodu osobistego  
pacjenta lub opiekuna prawnego/osoby odbierającej)

\*niepotrzebne skreślić