

Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

Bielsko-Biała, dnia r.

.....
Imię i nazwisko osoby / instytucji występującej z wnioskiem (wypełnić drukowanymi literami)

.....
Adres (wypełnić drukowanymi literami)

.....
Pesel Pacjenta

.....
Telefon kontaktowy

**Dyrektor
Bielskiego Pogotowia Ratunkowego
ul. Emilii Plater 14
43-300 Bielsko-Biała**

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii, odpisu lub wyciągu z dokumentacji medycznej (właściwe podkreślić) dotyczącej:

1. Udzielanie świadczenia w: (właściwe zaznaczyć)

- ☐ Zespołach Ratownictwa Medycznego – wyjazd ratowniczy,
- ☐ Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Czechowicach-Dziedzicach,
- ☐ Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Jasienicy,
- ☐ Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Kobiernicach,
- ☐ Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Szczyrku,
- ☐ Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Kobiernicach

2. Za okres: (w przypadku wyjazdu Zespołu Ratownictwa Medycznego – wyjazd ratowniczy podać datę udzielania świadczenia)

Od do

3. Sposób odbioru: (właściwe zaznaczyć)

- ☐ osobisty,
- ☐ za okazaniem upoważnienia

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną Bielskiego Pogotowia Ratunkowego dotyczącą RODO oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu sporządzenia kopii, odpisu lub wyciągu z dokumentacji medycznej.

.....
(czytelny podpis pacjenta, opiekuna prawnego/wnioskodawcy)