

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

Sopot, dnia .....

.....

.....  
Adres zamieszkania (ulica, nr domu, miejscowość)

.....  
PESEL

### **WNIOSEK O WYDANIE KOPII / ODPISU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Proszę o wydanie kopii/odpisu mojej dokumentacji medycznej prowadzonej w SP ZZOZ Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie (ksero i odpis płatne).

Pomocy udzielono mi w dniu .....

Rodzaj udzielonej pomocy: .....

(karetka, amb. chirurgiczne, amb. ogólne, amb. pediatryczne, por. chirurgiczna)

Kopia dokumentacji niezbędna jest celem przekazania do:

- zakładu ubezpieczeń na zasadach określonych w przepisach działalności ubezpieczeniowej
- organu rentowego lub zespołu ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności
- innego zakładu opieki zdrowotnej
- innych celów

.....  
(podpis pacjenta lub osoby)

---

Dokumentację odbiorę osobiście

Do odbioru dokumentacji upoważniam:

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres .....

---

Data odbioru kopii dokumentacji medycznej oraz podpis osoby odbierającej:

.....