

pieczęć lub nazwa organu /
jednostki wnioskującej

oznaczenie sprawy¹

miejsowość

data

Wojewoda Warmińsko-Mazurski²
Al. Marsz. J. Piłsudskiego 7/9
10-575 Olsztyn

WNIOSEK

**o udostępnienie danych dotyczących zgłoszeń alarmowych obsługiwanych
przez Centrum Powiadamiania Ratunkowego i Dyspozytornię Medyczną³**

Podstawa prawna udostępnienia

- art. 10 ust. 14 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego
- art. 24 b ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym

1. Zakres danych, które mają być udostępnione⁴:

nagranie rozmowy telefonicznej

dane uzyskane w trakcie przyjmowania zgłoszenia⁵

inne dane (jakie?)

¹ Oznaczenie sprawy w Państwa jednostce organizacyjnej, na które powołamy się odpowiadając na niniejszy wniosek.

² W imieniu Wojewody Warmińsko-Mazurskiego zadanie realizuje Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego, Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki, Al. Marsz. J. Piłsudskiego 7/9, 10-575 Olsztyn.

³ Wniosek należy wypełnić danymi niezbędnymi do odszukania zgłoszenia w zasobach systemu informatycznego Centrum Powiadamiania Ratunkowego i Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego. Zasoby są przeszukiwane wyłącznie w oparciu o dane i kryteria określone we wniosku. Informujemy, że w przypadku błędnego lub zbyt ogólnego określenia danych, nie odnajdziemy nagrania.

⁴ Dane zarejestrowane w systemie informatycznym Centrum Powiadamiania Ratunkowego oraz Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego do celów procesowych lub dowodowych w toczących się postępowaniach wyjaśniających. Dotyczy zgłoszeń wykonanych na numery alarmowe 112, 997, 998, 999.

⁵ Dane uzyskane podczas przyjmowania zgłoszenia przez Operatora Numerów Alarmowych lub Dyspozytora Medycznego, np. miejsce i opis zdarzenia, numer telefonu i dane osoby zgłaszającej.

2. Zgłoszenie zostało wykonane na numer alarmowy:☐

112 / 997 / 998

☐

999

☐

nie wiem

3. Dane dotyczące zgłoszenia

Numer zdarzenia ⁶	
Data i godzina wykonania połączenia	
Numer telefonu, z którego wykonane zostało połączenie na numer alarmowy	
Imię, nazwisko osoby zgłaszającej	

4. Dane dotyczące miejsca zdarzenia

Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	

5. Krótki opis zgłoszenia⁷

--

6. Dane dotyczące pacjenta

Należy wypełnić, gdy znane są dane osoby, której Zespół Ratownictwa Medycznego udzielił pomocy medycznej.

Imię i nazwisko	
PESEL	

⁶ Numer identyfikacyjny CPR.

⁷ Kategoria zdarzenia lub podstawowa informacja, czego dotyczyło zgłoszenie, np. pożar mieszkania, kradzież roweru z piwnicy, wypadek w zakładzie pracy itp.

7. Inne szczegóły zgłoszenia

Należy wypełnić, gdy informacje zawarte w punktach 3-5 są nieznane lub niepełne.

--

8. Inne zgłoszenia

W przypadku, gdy połączeń na numer alarmowy mogło być więcej, a wnioskujący żąda wydania wszystkich nagrań, należy wskazać daty i godziny dokonania zgłoszeń (lub przedział czasowy), numery telefonów, z których wykonane zostały połączenia lub numery zdarzeń.

--

9. Kontakt do osoby sporządzającej wniosek lub prowadzącej sprawę

Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
E-mail, na który wyślemy hasło do odtworzenia udostępnionych danych	

--

podpis osoby upoważnionej

Wniosek wysłano w **jednym egzemplarzu**:

- ☐ pocztą tradycyjną: Centrum Powiadamiania Ratunkowego, ul. Niepodległości 16, 10-045 Olsztyn
- ☐ pocztą elektroniczną: cpr112@uw.olsztyn.pl
- ☐ faksem: +48 89 524 76 76