

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA

Dane osoby wnioskującej:

Imię i nazwisko:

Numer PESEL lub data urodzenia: Kontakt:

Adres zamieszkania:

Dane umożliwiające identyfikację osoby wnioskującej w oparciu o dowód osobisty lub inny dokument urzędowy ze

zdjęciem:

.....

Zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia:

mojej

pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym*

pacjenta, który upoważnił mnie do uzyskania dokumentacji za życia*

pacjenta, którego byłem/am przedstawicielem ustawowym w chwili jego zgonu*

*Dane osoby, której dotyczy dokumentacja medyczna:

Imię i nazwisko:

Numer PESEL lub data urodzenia:

*Dokumentacja medyczna objęta niniejszym wnioskiem dotyczy:

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis osoby składającej wniosek

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w dniu odebrałem/am dokumentację medyczną pacjenta

.....

Liczba stron dokumentacji:

.....
miejsowość, data

.....
podpis osoby odbierającej dokumentację

.....
miejsowość, data

.....
podpis osoby wydającej dokumentację