

WNIOSEK O WYDANIE INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

....., dnia.....

Wnioskodawca:

.....
Imię i nazwisko osoby wnioskującej

.....
Adres

.....
PESEL

.....
telefon

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

.....

**Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Pionkach im. Lecha i Marii Kaczyńskich-
Pary Prezydenckiej
26-670 Pionki, ul. Sienkiewicza 29**

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:

.....
(termin leczenia, oddział)

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w dniuodebrałem/am dokumentację
medyczną pacjenta

.....
(miejsowość, data)

.....
podpis osoby odbierającej dokumentację

.....
seria i nr dokumentu tożsamości osoby
odbierającej dokumentację medyczną

.....
(miejsowość, data)

.....
podpis osoby wydającej dokumentację