



.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
Miejscowość i data

.....
PESEL Wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania Wnioskodawcy

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA

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:

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam

Imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości, nr PESEL

- proszę przesłać na adres:

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy



WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
Data wydania dokumentu

Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną

.....
Imię Nazwisko (numer dokumentu tożsamości)

Pracownik wydający dokumentację medyczną:.....
data i czytelny podpis

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej:
data i czytelny podpis

Wysłano listem poleconym nr nadawczy* z dnia

*niepotrzebne skreślić