



Załącznik nr 4 do Procedury udostępniania dokumentacji medycznej

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA

Dane osoby wnioskującej:

Imię i nazwisko: Telefon:

Numer PESEL lub data urodzenia: E-mail:

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:

.....
.....

.....
miejscowość, data

.....
czytelnie imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w dniu odebrałem/am dokumentację medyczną pacjenta

.....

Liczba stron dokumentacji:

.....
miejscowość, data

.....
czytelnie imię i nazwisko odbierającego

.....
podpis odbierającego

.....
miejscowość, data

.....
podpis wydającego