

**WNIOSEK Nr**……… /numer nadaje szpital/

O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA

**Dane osoby wnioskującej.**

Imię i nazwisko.;. ……………………………………………………………………...……………………....

Numer PESEL lub data urodzenia.;. ………………………………………………..……………….………...

Kontakt tel.;…………………………………… email.;……………………………..……………..………..…

Adres zamieszkania.; …………………………………………………………………………..…..………...…

Dokument identyfikacyjny /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: …………………………………………………………..

……………………………………. …………………………………………

*miejscowość , data czytelny podpis osoby składającej wniosek*

*\* niepotrzebne wykreślić*

**OŚWIADCZENIE Nr**……… /numer nadaje szpital/

Oświadczam, że w dniu ………………………….. odebrałem/am dokumentację medyczną pacjenta

……………………………………………………….…

Liczba stron dokumentacji………..……….

*……………………………………. …………………………………………*

*Miejscowość , data czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację*

*……………………………………. …………………………………………*

*Miejscowość , data czytelny podpis osoby wydającej dokumentację*