

## 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