

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ:

Imię i nazwisko: .....

PESEL\*): ..... Telefon .....

Adres: .....

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ  
PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA**

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia, będącej aktualnie w dyspozycji Oddziału Rehabilitacyjnego Szpitala CKR przy ul. Gąsiorowskiego 12/14 w Konstancinie-Jeziornie, a dotyczącej \*\*)  mojego leczenia  leczenia innej osoby

*Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja:*

.....  
*(imię i nazwisko oraz PESEL\*) pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna)*

.....  
*(adres pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna)*

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji medycznej\*\*)

Wniosek składa przedstawiciel ustawowy

Osoba upoważniona przez pacjenta

.....  
(data, podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....  
(data, podpis wnioskodawcy)

**POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej powyżej dokumentacji medycznej pacjenta.

.....  
(data, podpis osoby wydającej dokumentację)

.....  
(data, podpis osoby odbierającej dokumentację)

\*) w przypadku, gdy PESEL nie został nadany – rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

\*\*) właściwe zaznaczyć