

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 Przychodni Rehabilitacyjnej 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