

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 Ortopedyczno-Rehabilitacyjnej przy ul. Surowieckiego 8 w Warszawie, a dotyczącej **) mojego leczenia leczenia innej osoby

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

.....
(imię i nazwisko oraz PESEL *) pacjenta

.....
(adres pacjenta, którego dotyczy wniosek)

*Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji (należy zaznaczyć tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja): **)*

- Wniosek składa przedstawiciel ustawowy
 Upoważnienie wystawione przez pacjenta

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

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór wnioskowanej powyżej dokumentacji medycznej pacjenta (w liczbie stron)

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

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

*) w przypadku gdy PESEL nie został nadany – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

**) właściwe zaznaczyć