



**WNIOSEK O WYDANIE ORYGINAŁU
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
PRZEZNACZEJ DO BRAKOWANIA
(zniszczenia)**

Nr wniosku

Dnia

Proszę o wydanie oryginału indywidualnej dokumentacji medycznej
przeznaczonej **do zniszczenia**.

WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko PESEL

Adrestel.:

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja
DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko

PESEL

Adrestel.:

ZAKRES DOKUMENTACJI: (proszę podać nazwę/y poradni)

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- dokumentację odbiorę osobiście
 upoważniam
dowód osobisty nr do odbioru kopii dokumentacji.

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

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Zgoda Dyrektora NZOZ lub osoby upoważnionej:

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

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

.....
(data i podpis wnioskodawcy)