

Miejscowość:

, Data:

Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Do:

Stowarzyszenie dla Osób Potrzebujących Pomoc „Razem”

98-311 Ostrówek, Skrzynno 13;

WNIOSEK

**o wydanie oryginału dokumentacji medycznej przeznaczonej do brakowania
(zniszczenia)**

Na podstawie art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wnoszę o wydanie oryginału dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia.

Dane pacjenta *(wypełnij, jeśli wnioskodawca odbiera dokumenty w imieniu innej osoby):***

Imię i nazwisko pacjenta:

Numer PESEL pacjenta:

Zakres wnioskowanej dokumentacji:

Wnoszę o wydanie dokumentacji medycznej z leczenia w NZOZ Skrzynno, z
lat/roku:.....

Oświadczam, że jestem (zaznacz):

☐ pacjentem, którego dotyczy dokumentacja

☐ przedstawicielem ustawowym pacjenta

☐ osobą upoważnioną przez pacjenta do odbioru dokumentacji (w załączeniu
upoważnienie)

Dokumentację odbiorę osobiście w wyznaczonym przez Ośrodek terminie.

.....
(własnoręczny podpis wnioskodawcy)