

Warszawa, dn.

Instytut Matki i Dziecka
ul. Kasprzaka 17A
01-211 Warszawa
tel. 22-32-77-422, fax. 22-32-77-126

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA

Dane osoby wnioskującej:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzeniaMiejsce urodzenia.....

PESEL.....

Zwracam się z prośbą o wydanie przeznaczonej do zniszczenia dokumentacji medycznej:

własnej

pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym

pacjenta, który upoważnił mnie do uzyskania dokumentacji za życia

pacjenta, którego byłem/am przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym w chwili jego zgonu

Dane osoby, której dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzeniaMiejsce urodzenia.....

PESEL.....

leczonego w poradni..... w okresie

.....

miejscowość, data

.....

podpis osoby składającej wniosek

Oświadczam, że w dniu odebrałam (-łem) dokumentację medyczną pacjenta

.....

(imię i nazwisko)

Liczba stron dokumentacji:

.....

miejscowość, data

.....

miejscowość, data

.....

podpis osoby odbierającej dokumentację

.....

podpis osoby wydającej dokumentację