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 urodzenia ..................................................Miejsce 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 urodzenia ..................................................Miejsce urodzenia..............................................................................................

PESEL............................................................................................................................................................................................... leczonego w klinice/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 podpis osoby odbierającej dokumentację

…………………………………… ……………………………………………

miejscowość, data podpis osoby wydającej dokumentację