WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA

Dane pacjenta

Imię i nazwisko: .....

PESEL / data urodzenia: .....

Telefon lub adres e-mail do kontaktu: .....

Zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby / osoby, którą reprezentuję*, przeznaczonej do zniszczenia w związku z upływem ustawowego okresu jej przechowywania.

Zakres dokumentacji – jeżeli dotyczy:

.....

Wniosek składam jako (proszę zaznaczyć X w odpowiednim kwadracie):

☐ pacjent

☐ przedstawiciel ustawowy pacjenta

☐ osoba upoważniona przez pacjenta

Proszę o kontakt po przygotowaniu dokumentacji do odbioru.

.....
data i podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

WYPEŁNIA ALERGO-MED

Data wpływu wniosku: .....

Tożsamość/uprawnienie osoby składającej wniosek zweryfikowano: ☐ TAK

Dokumentację przygotowano do wydania: ☐ TAK ☐ NIE

.....
data i podpis pracownika

Uwagi:

.....

.....

.....