

Miejscowość: Dnia: r.

Wnioskodawca:

Imię i nazwisko:
Adres zamieszkania:
Numer PESEL:
Numer telefonu:

Do Prezesa Zarządu

Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Chrzanowie sp.z.o.o.

32-500 Chrzanów ul. Sokoła 19

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, w związku z publicznym zawiadomieniem o planowanym brakowaniu dokumentacji medycznej, wnoszę o wydanie oryginału historii choroby:

Dane pacjenta (wypełnić, jeśli wniosek składa osoba upoważniona lub przedstawiciel):

Imię i nazwisko pacjenta:
Numer PESEL pacjenta:
Przybliżony okres leczenia / rok ostatniej wizyty: **2005 r.**
Nazwa poradni / oddziału:

Oświadczam, że wniosek składałem jako (zaznaczyć właściwe znakiem X):

- Pacjent
- Przedstawiciel ustawowy pacjenta (np. rodzic, opiekun prawny)
- Osoba upoważniona przez pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

(Poniższą część wypełnia pracownik placówki medycznej w momencie wydawania dokumentów)

Radca Prawny
Przemysław Dedek
KT 3579

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Tożsamość osoby odbierającej zweryfikowano na podstawie dokumentu:
..... (nazwa dokumentu, np. dowód osobisty) seria i nr
.....
2. Status osoby odbierającej (upoważnienie w dokumentacji / upoważnienie załączone do wniosku / przedstawiciel ustawowy)*:
Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji medycznej (historii choroby) pacjenta
..... składającej się z
kart/stron.

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....
(data i podpis pracownika wydającego dokumentację)
