**Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia**

**Data wpływu do SPZOZ w Myślenicach:** ……………………………………………………………………………..

**Dane osoby wnioskującej:**Imię i nazwisko:……………………………………………………………………………………………………………………..
Numer PESEL lub data urodzenia:…………………………………….. Kontakt:…………………………………….
Adres zamieszkania:………………………………………………………………………………………………………………

Dane umożliwiające identyfikację osoby wnioskującej w oparciu o dowód osobisty lub inny dokument urzędowy ze zdjęciem:………………………………………………………………………………………………………………………………................................. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

mojej

pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym\*

pacjenta, który upoważnił mnie do uzyskania dokumentacji za życia\*

pacjenta, którego byłem/am przedstawicielem ustawowym w chwili jego zgonu\*

**\*Dane osoby, której dotyczy dokumentacja medyczna:**

Imię i nazwisko:……………………………………………………………...............................

Numer PESEL lub data urodzenia:……………………………………………………………….

**Dokumentacja medyczna objęta niniejszym wnioskiem dotyczy:**

…………..………………………………………………...............................................................................
…………..………………………………………………...............................................................................

……………………………….. …………………………………………..……..
miejscowość, data podpis osoby składającej wniosek

|  |
| --- |
| **Oświadczenie** |

Oświadczam że w dniu ……………………………………………….. odebrałem/am dokumentację medyczną pacjenta
……………………………………………………………………………………………………………………

Liczba stron dokumentacji:………………………………………………………………………….

……………………………. …………………………….…………………………….
miejscowość, data podpis osoby odbierającej dokumentację

……………………………. …………………………….…………………………….
miejscowość, data podpis osoby wydającej dokumentację