

**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w KRAŚNIKU**



ul. Chopina 13  
23-200 Kraśnik  
NIP: 7151590090  
REGON: 431181344

tel.: (0-81) 8251366  
fax: (0-81) 8843209  
e-mail: [poczta@spzoz.krasnik.pl](mailto:poczta@spzoz.krasnik.pl)  
[www.spzoz.krasnik.p](http://www.spzoz.krasnik.p)

**Wniosek o wydanie oryginału dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia  
– nie będącej materiałem archiwalnym**

**1. Imię i nazwisko pacjenta**..... PESEL .....

**Adres zamieszkania/zameldowania**.....

Numer telefonu .....

**2. Na podstawie art. 29 ust. 2 w zw. z art.29 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2022 r. poz.1876, z późn. zm. ) wnoszę o wydanie oryginału dokumentacji medycznej:**

**nazwa oddziału/poradni**.....

**okres leczenia** .....

**3. Tytuł prawny do wydania dokumentacji (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu):**

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

**4. Odbiór dokumentacji medycznej (zaznaczyć X we właściwym miejscu) za pisemnym pokwitowaniem :**

- Odbiór osobisty przez pacjenta
- Odbiór osobisty przez przedstawiciela ustawowego/osobę upoważnioną

.....  
Imię i nazwisko oraz PESEL

**Odbiór dokumentacji medycznej (wypełniane przy odbiorze osobistym)**

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzono na podstawie:

.....  
rodzaj dokumentu ze zdjęciem

.....  
data i podpis pracownika

.....  
data i czytelny podpis wnioskodawcy