

**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
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 2024 r. poz.581, ze 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