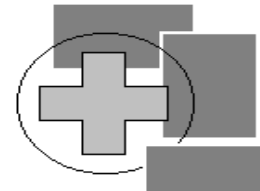


**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w KRAŚNIKU**



ul. Fryderyka 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 brakowania

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

Adres zamieszkania/zameldowania.....

Numer telefonu

2. Na podstawie art. 29 ust. 2 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 uzyskania 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):

- 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, seria i numer

.....
data i podpis pracownika

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy
