Bydgoszcz,

zał. do komunikatu z dnia .....

Hospicjum im. bł. ks. J. Popiełuszki przy Parafii Św. Polskich Braci Męczenników w Bydgoszczy,

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA

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:**

A) mojej

B) pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym*

C) pacjenta, który upoważnił mnie do uzyskania dokumentacji za życia*

D) 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 .....