

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

Imię i Nazwisko PESEL*

Adres do korespondencji w przypadku przesłania dok. med. listem poleconym

Jednostka organizacyjna leczenia (proszę pokreślić właściwe):

Poradnia Rehabilitacyjna; Oddział Dzienny Rehabilitacji Ogólnoustrojowej; Szpital Uzdrowski; Sanatorium Uzdrowskie;
Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej; Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, Prewencja Rentowa ZUS.

Dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę przesłać na adres korespondencyjny

.....
(Data i podpis pracownika przyjmującego wniosek)

.....
(Data i podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru oryginału dokumentacji medycznej:

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że otrzymałem oryginał dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia.

Ponadto zobowiązuję się do przestrzegania zasad poufności i ochrony danych osobowych.

Rodzaj dokumentacji, ilość stron.....

.....
(Data i podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/osoby upoważnionej)