

Wrocław, dnia

Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego sp. z o.o.
wybrzeże Józefa Conrada-Korzeniowskiego 18
50-226 Wrocław
tel. 519 617 790

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA

Dane osoby wnioskującej:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

PESEL.....

Zwracam się z prośbą o wydanie przeznaczonych do zniszczenia dokumentacji medycznej:

☐

własnej

☐

pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym

☐

pacjenta, który upoważnił mnie do uzyskania dokumentacji za życia

☐

pacjenta, którego byłem/am przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym w chwili jego zgonu

Dane osoby, której dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

PESEL.....

leczony w szpitalu w okresie

.....
miejscowość, data.....
podpis osoby składającej wniosek

Oświadczam, że w dniuodebrałam (-łem) dokumentację medyczną pacjenta

.....
(imię i nazwisko)

.....
miejscowość, data

.....
podpis osoby odbierającej dokumentację

.....
miejscowość, data

.....
podpis osoby wydającej dokumentację

Ja wyżej podpisany/a, oświadczam, że dane zawarte w przedmiotowym wniosku są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 kodeksu karnego (Dz.U.2025.383 t.j. z dnia 2025.03.26) - „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.