**Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa – Żoliborz**
**01-637 Warszawa ul. K. Szajnochy**
(w skrócie: SPZZLO Warszawa - Żoliborz)

## Potwierdzenie wydania indywidualnej dokumentacji medycznej nie archiwalnej przeznaczonej do zniszczenia

**I. Wnioskodawca ***[a)]:

☐ Pacjent

☐ Przedstawiciel ustawowy

☐ Osoba upoważniona

**II. Dane wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko wnioskodawcy:

……..……

Numer PESEL/data urodzenia (jeśli pacjent nie posiada numeru PESEL):

……

**III. Dokumentacja medyczna obejmuje dokumentację pacjenta, która zawiera:**

……..……..

……

……..…….....

**IV. Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej**

Imię i nazwisko:

……..…….

Numer PESEL/data urodzenia (jeśli pacjent nie posiada numeru PESEL)

……..……..…….

……., data..... ……..……..

*Miejscowość* *data (d/m/r)* *czytelny podpis wnioskodawcy*

**Dane pracownika wydającego dokumentację medyczną:**

.....……..……. ……..……..

*data, imię i nazwisko* *czytelny podpis pracownika*

** zakreślić właściwe*

*a) dotyczy osobistego odbioru dokumentacji przez wnioskodawcę*