



- Działając:** w imieniu własnym
 jako przedstawiciel ustawowy/ osoba upoważniona
 jako uprawniony organ

1. Zwracam się z prośbą o wydanie oryginału dokumentacji medycznej pacjenta:

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 Uzdrawiskowy; Sanatorium Uzdrawiskowe;
 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. Ponadto zobowiązuję się do zwrotu po wykorzystaniu nieuszkodzonej, kompletnej dokumentacji oraz do przestrzegania zasad poufności i ochrony danych osobowych.

Rodzaj dokumentacji, ilość stron.....

.....
(Data i podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/osoby upoważnionej)**Potwierdzenie zwrotu wydanego oryginału dokumentacji medycznej:**

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej pacjenta

Dokumentacja jest kompletna i nieuszkodzona.

.....
(Data i podpis osoby zdającej).....
(Data i podpis osoby odbierającej)

*w przypadku braku nr PESEL należy podać numer i rodzaj innego dokumentu potwierdzającego tożsamość