

## WNIOSEK O WYDANIE PISEMNEGO ZAŚWIADCZENIA

### WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko : \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Adres /Nazwa Podmiotu (pieczętka): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Tytuł prawny do uzyskania zaświadczenia (właściwe pole należy zakreślić krzyżykiem)

- ☐ wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- ☐ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta<sup>1</sup>
- ☐ wniosek składa osoba wskazana przez pacjenta w pisemnym upoważnieniu<sup>2</sup>
- ☐ wniosek składa lekarz /kierownik\* Podmiotu zapewniającego ciągłość świadczeń zdrowotnych

### Dane pacjenta, którego zaświadczenie dotyczy

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ PESEL: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

### Określenie zakresu informacji na wydany zaświadczeniu:

### Cel wydania zaświadczenia:

### Sposób odbioru zaświadczenia (właściwe pole należy zakreślić krzyżykiem)

- ☐ odbiór osobisty ☐ odbiór przez osobę upoważnioną<sup>3</sup>
- ☐ wysłanie listem poleconym na adres:

- Uprzedzony o odpowiedzialności z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, iż zostałem upoważniony przez wskazanego powyżej pacjenta do uzyskania zaświadczenia o stanie zdrowia/metodach leczenia dotyczącego jego osoby, co potwierdzam własnoręcznym podpisem - dotyczy osoby upoważnionej
- W celu umożliwienia realizacji niniejszego wniosku wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.) - dotyczy osoby fizycznej

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

### Potwierdzenie wydania zaświadczenia:

Zaświadczenie wydano/wysłano\* w dniu: .....

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis i pieczętka osoby wydającej/ przesyłającej

### Potwierdzenie osobistego odbioru zaświadczenia

Potwierdzam odbiór zaświadczenia w dniu: .....

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis uprawnionej osoby odbierającej

W przypadku wysłania zaświadczenia listem poleconym potwierdzenie odbioru stanowi załącznik do wniosku.

\*niepotrzebne skreślić

1,2,3 - konieczne załączenie, do niniejszego wniosku, dokumentu potwierdzającego uprawnienia lub jego kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem, jeżeli dokumenty te nie zostały uprzednio załączone do dokumentacji medycznej pacjenta