

Wniosek o wydanie oryginału dokumentacji medycznej

Jako:

pacjent*, przedstawiciel ustawowy*, osoba upoważniona przez pacjenta*

.....
/ *imię i nazwisko wnioskodawcy* /

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
/ *adres zamieszkania w momencie hospitalizacji* /

.....
/ *nr telefonu* /

(którego pełnomocnictwo załączam do niniejszego wniosku)*

Proszę o wydanie oryginału dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia w/wymienionego

w okresie

/ *miesiąc, rok* /

na Oddziale:

/ *wpisać nazwę oddziału* /

Tuchola, dnia

/ *data i czytelny podpis wnioskodawcy* /

Potwierdzam odbiór odpisu wnioskowanej dokumentacji medycznej:

Tuchola, dnia

/ *data i czytelny podpis wnioskodawcy* /

* niepotrzebne skreślić