

## 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