Wniosek o wydanie oryginału indywidualnej dokumentacji medycznej przeznaczonej do brakowania

Dane pacjenta:

1. Imię i nazwisko oraz nazwisko panieńskie lub nazwisko, pod jakim był hospitalizowany pacjent

…………………………………………………………………………………………...

1. PESEL ………………………………………………………………………………….
2. Adres zamieszkania

………………………………………………………………………………………..…

1. Aktualny numer telefonu ……………………………………………………………….
2. Nazwa oddziału i rok hospitalizacji

…………………………………………………………………………………………..

1. Wnioskujący jest: pacjentem, przedstawicielem ustawowym pacjenta, osobą upoważnioną przez pacjenta (wówczas do wniosku musi być dołączone oryginalne upoważnienie poświadczone przez notariusza) – właściwe podkreślić.

Data i czytelny podpis wnioskującego

………………………………………. ……………………………………………