

**WNIOSEK
O WYDANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
przeznaczonej do kasacji**

DANE PACJENTA

Imię i Nazwisko**Data
urodzenia.....**

Adres Zamieszkania.....

Nazwa Oddziału

Data hospitalizacji

Ja niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym nr.....

proszę o wydanie oryginału historii choroby

.....
(czytelny podpis pacjenta lub osoby
upoważnionej przez pacjenta w historii choroby)

.....
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

Pokwitowanie odbioru oryginału historii choroby o numerze księgi głównej

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)