

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Nr telefonu kontaktowego: .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

3. Dokumentacja dotyczy leczenia (podać nazwę Oddziału, Poradni i datę pobytu):

.....

.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej: .....

.....

kopia

kopia z potwierdzeniem zgodności

5. Forma odbioru dokumentacji:

osobiście

pocztą

pocztą elektroniczną

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Data wpływu i podpis osoby przyjmującej Wniosek:

.....

Wydano dokumentację medyczną:

.....

(tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie)

.....

(data odbioru)

.....  
(podpis pracownika)

**Szpital Powiatowy w Gryfinie sp. z o.o.**