

**Szpital Barlinek Sp. z o.o.
74-320 Barlinek
ul. Szpitalna 10**

WNIOSEK

**o wydanie
przeznaczonej do zniszczenia indywidualnej wewnętrznej dokumentacji
medycznej z poradni/oddziału**
.....

Osoba występująca z wnioskiem (właściwe zakreślić):

1. Pacjent
2. Przedstawiciel ustawowy
3. Osoba upoważniona przez pacjenta
4. Osoba bliska

dane osoby występującej z wnioskiem:

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
dokładny adres zamieszkania

dane pacjenta:

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
dokładny adres zamieszkania

Barlinek, dnia

Kwituję odbiór oryginału historii choroby wraz w dokumentacją leczenia.

.....
Data, podpis

.....
Potwierdzenie odebrania dokumentacji