

WNIOSEK
o wydanie dokumentacji medycznej
(przeznaczonej do brakowania/zniszczenia)
ze składnicy akt Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Psychiatrycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej we Fromborku

Imię i nazwisko Wnioskującego.....

Adres zamieszkania Wnioskującego.....

.....

Dowód tożsamości Wnioskującego tel. kontaktowy

**W związku z planowanym zniszczeniem dokumentacji medycznej, proszę o wydanie
oryginałów dokumentacji medycznej Pacjenta:**

.....

(nazwisko, imię, PESEL)

leczony/a w Oddziale.....

w okresie.....

uwagi.....

....., dnia

(podpis wnioskującego)

Potwierdzam zgodność przygotowanej dokumentacji medycznej z Wnioskiem i po sprawdzeniu
tożsamości odbierającego oryginał dokumentacji medycznej potwierdzam wydanie oryginału
dokumentacji medycznej.

.....

(podpis pracownika składnicy akt)

Potwierdzam odbiór oryginału w/w dokumentacji medycznej

Frombork, dnia

.....

(podpis odbierającego)