



Grajewo, dnia

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres zamieszkania, telefon

PESEL

**Do Dyrektora
Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie
Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

- karty informacyjnej z oddziału:
- pełnej historii choroby z oddziału/poradni*:
- innej.....

z okresu:, która dotyczy:

Imię i nazwisko pacjenta PESEL _____

Adres zamieszkania

*) niepotrzebne skreślić

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy



SZPITAL OGÓLNY
im. dr Witolda Gineła w Grajewie

Odbiór dokumentacji

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres*:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - seria i numer dowodu osobistego:

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej w dniu

.....
Czytelny podpis pracownika Szpitala Ogólnego w Grajewie

.....
Czytelny podpis odbierającego

*przesłanie dokumentacji pocztą jest płatne wg. cennika poczty polskiej