

Zakopane, dnia 201.....r.

**Do
Dyrekcji
Uniwersyteckiego Szpitala
Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego w Zakopanem**

Proszę o wydanie oryginałów indywidualnej dokumentacji medycznej **przeznaczonej do zniszczenia.**

.....
(imię, nazwisko pacjenta, data urodzenia)

.....
(lata pobytu)

.....
(nr dok. med.)

z leczenia w tut. Szpitalu:

karta ambulatoryjna* (jeśli leczenie prowadzone było poradni specjalistyczne)

i/lub

historia choroby* (jeśli leczenie prowadzone było w oddziale specjalistycznym)

Odbiór osobisty (z dokumentem tożsamości).

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....

.....
(adres zamieszkania)

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej
(czytelny podpis odbierającego)