WNIOSEK
O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
(przeznaczonej do brakowania/zniszczenia)
z Archiwum
SP ZOZ „REPTY" Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji
im. gen. Jerzego Ziętka

Imię i nazwisko Wnioskującego …….
Adres zamieszkania Wnioskującego ……..
(kod) (miejscowość) (ulica i nr domu)

Dowód tożsamości Wnioskującego …….. tel. kontaktowy …….

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

……...
(nazwisko, imię, PESEL)

sporządzonej w Oddziale ……

w okresie …….

do odbioru upoważniam……

uwagi ……...
……..

Tarnowskie Góry, 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 Archiwum)

Potwierdzam odbiór oryginału w/w dokumentacji medycznej

Tarnowskie Góry, dnia ……. ……
(podpis odbierającego)