



SP ZOZ
SZPITAL
POWIATOWY
W PISZU

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej
podmiotom zewnętrznym**

PR16_F1

Pisz, dn. 2009

.....
/imię i nazwisko /

.....
/adres/

PESEL

**Dyrekcja
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej –
Szpitala Powiatowego
w Pisz**

Zwracam się z prośbą o wydanie ksero dokumentacji medycznej z pobytu :

w szpitalu

z leczenia w poradni

zdjęć RTG

karty informacyjnej

Dokumentacja jest mi potrzebna

.....
Seria i nr dowodu osobistego

Wydany przez

.....
/ podpis osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji /

POTWIERDZENIE ODEBRANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dzień Miesiąc rok

Podpis