

## WNIOSEK

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej.....

imię i nazwisko pacjenta

.....  
adres zamieszkania

.....  
data urodzenia

PESEL

.....  
oddział, na którym pacjent przebywał

orientacyjny termin pobytu w szpitalu

.....  
Uzasadnienie potrzeby udostępnienia dokumentacji

.....  
nr dowodu tożsamości

.....  
czytelny podpis pacjenta/osoby upoważnionej

.....  
pieczętka i podpis pracownika Statystyki medycznej

W przypadku braku możliwości odbioru dokumentacji osobiście proszę o wypełnienie upoważnienia.

## Upoważnienie do odbioru dokumentacji

Do odbioru dokumentacji upoważniam.....

imię i nazwisko

.....  
data urodzenia

nr dowodu tożsamości

.....  
czytelny podpis pacjenta/osoby upoważnionej