

....., dnia 201.....r.

**Dyrekcja
Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie**

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

.....
(imię, nazwisko pacjenta, którego dokumentacja dotyczy)

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

z leczenia w tut. Szpitalu:

karta ambulatoryjna* (jeśli leczenie prowadzone było poradni specjalistyczne)

i/lub

historie chorób* (jeśli leczenie prowadzone było w oddziale specjalistycznym)

Odbiór osobisty (z dokumentem tożsamości).

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)