

Radom, dnia .....

**Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o**  
**ul. Juliana Aleksandrowicza 5**  
**26-617 Radom**

**Wniosek**  
**o wydanie oryginału dokumentacji**  
**medycznej przeznaczonej do brakowania**

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL  Nr telefonu kontaktowego .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy\*

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w .....  
(podać oddział)

.....

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

---

**Potwierdzenie**  
**odbioru oryginału dokumentacji**  
**medycznej przeznaczonej do brakowania**

1. Tożsamość osoby odbierającej oryginał dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

..... nr .....  
(nazwa dokumentu)

2. Ilość stron: .....

3. Ilość płyt RTG/CD: .....

.....  
(data i czytelny podpis osoby odbierającej)

.....  
(data i czytelny podpis pracownika wydającego)

\* wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o oryginał dokumentacji medycznej jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta