……..…….
miejscowość i data

Wniosek o udostępnienie dokumentacji po śmierci pacjenta

Ja niżej podpisana(-y)…..……..... posiadająca(-y) numer PESEL …… identyfikująca (-y) się dowodem osobistym seria …… numer …… wydanym przez ……., zamieszkały(-a): ……., niniejszym wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej śp. ……..... posiadającej (-ego) numer PESEL ……..... zmarłym(-ej) w dniu …… w ……

Oświadczam, że jestem w stosunku do zmarłej(-ego) ……..... (**należy wpisać stopień pokrewieństwa*).

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

□ do wglądu,

□ odpis,

□ kserokopia,

□ na elektronicznym nośniku danych,

□ przesłanie drogą elektroniczną na adres: ……

Zakres:

□ w całości,

□ w części ……

Okazano: Akt zgonu nr …… Akt małżeństwa nr …… Akt urodzenia nr …… Inny dokument: ……

……
data i podpis wnioskującego