

Wrocław, dnia.....

.....
imię i nazwisko

.....

.....

adres

.....

telefon kontaktowy

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI PO OSOBE ZMARŁEJ

Proszę o wydanie (właściwie zaznaczyć): • kopii/ • oryginału* dokumentacji medycznej [*na mocy art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581)].

(IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA)

.....

PESEL / W PRZYPADKU BRAKU NR PESEL DATA URODZENIA

Za okres:

Od lekarza/wyniki badań/ inne:

.....

Wniosek składam jako (właściwie zaznaczyć):

- Osoba upoważniona za życia przez pacjenta
- Osoba bliska – małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu

.....

Podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE ODBIORU / UDOSTĘPNIENIA**Odebrałam/-łem**.....
DATA.....
PODPIS**Wydał/Udostępnił:**

.....

.....

(podpis pracownika)

DATA

PODPIS