



Ul. Leśna 9A, 85-676 Bydgoszcz  
Tel. 52 345 50 80

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ OSOBIE BLISKIEJ - PO ZMARŁYM PACJENCIE

### Dane osoby składającej wniosek o wydanie dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Nr telefonu: .....

Niniejszym wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (imię i nazwisko zmarłego pacjenta)

..... PESEL .....

zmarłej(-łym) w dniu .....

Niniejszym oświadczam, że jestem w stosunku do zmarłej(-ego) osoba bliską w rozumieniu przepisów o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta .....

(wpisać stopień pokrewieństwa)

Nadto oświadczam, że udostępnieniu nie sprzeciwia się inna osoba bliska wskazanego powyżej pacjenta lub nie sprzeciwił się temu pacjent za życia w innej jednostce medycznej, o której mam wiedzę.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis wnioskodawcy