

Bydgoszcz, dnia.....

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Tel. kontaktowy

**Do Dyrekcji
Szpitala Uniwersyteckiego nr 2
im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy**

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej osobie bliskiej - po zmarłej(-łym)
pacjencie**

Niniejszym wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej
..... PESEL..... zmarłej(-łym) w dniu
.....

Niniejszym oświadczam, że jestem w stosunku do zmarłej(-ego) osobą 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.

.....
Podpis Wnioskodawcy