

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Osoba przyjmująca wniosek do realizacji

**Dyrektor WS – SP ZOZ w Zgorzelcu
ul. Lubańska 11 – 12**

**WNIOSEK
o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta**

I. Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej
śp.....PESEL.....
zmarłego(-ej) w dniu..... w.....
w formie:

- wydanie kserokopii,
- wydruku,
- do wglądu w siedzibie podmiotu*

w zakresie danych:

1. nazwa oddziału / poradni / pracowni:
2. okres leczenia:

II. Niniejszym oświadczam, że jestem w stosunku do zmarłego
(-ej).....(wpisać stopień pokrewieństwa).

III. Jestem świadomy(-a) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego
oświadczenia, o którym mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

Pouczenie:

Art. 233 § 1 Kodeksu karnego- Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w
postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy,
zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do
lat 8.

* właściwe zaznaczyć

.....
podpis wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji

.....
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Potwierdzam wydanie wnioskowanej dokumentacji

Data i podpis osoby wydającej dokumentacji