

.....  
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 lubw innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6miesiący 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