

Grodzisk Mazowiecki, dnia ..... 20.....r.

**Wniosek**  
**o udostępnienie dokumentacji medycznej**  
**po śmierci pacjenta osobie bliskiej nieupoważnionej przez pacjenta**

Ja, ....., legitymujący/-a się dowodem osobistym ....., zamieszkały/-a w ....., ul. .... **wnoszę**, stosownie do przepisów art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej po ....., zmarłym/-ej w dniu ..... 20.....r. PESEL....., zamieszkałym/-ej/przebywającym/-ej w dniu zgonu w .....

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej zmarłego/-ej za okres od ..... 20.....r. do ..... 20.....r.

Niniejszym oświadczam, że jestem w stosunku do zmarłego/-ej ..... (wpisać stopień pokrewieństwa lub powinowactwa do II stopnia w linii prostej lub osobą pozostającą ze zmarłym we wspólnym pożyciu).

Powyższe oświadczenie składam będąc świadomym/-ą odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia, stosownie do treści przepisu art. 233 Kodeksu karnego.

Jednocześnie oświadczam, że nie ma innych osób bliskich mogących sprzeciwić się udostępnieniu dokumentacji medycznej, o którą występuję w niniejszym wniosku.

.....  
data i czytelny podpis