



SAMODZIELNY
PUBLICZNY SZPITAL
KLINICZNY NR 2
PUM w Szczecinie

Miejscowość i data:

Wniosek o udostępnienie dokumentacji po śmierci pacjenta

Niniejszym wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej śp. PESEL
..... zmarłym(-ej) w dniu w

Oświadczam, że jestem w stosunku do zmarłej(-ego) (wpisać stopień
pokrewieństwa).

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- wgląd,
- odpis,
- kserokopia,
- na elektronicznym nośniku danych,
- przesłanie drogą elektroniczną na adres:

Zakres:

- w całości,
- w części

Okazano:

Akt zgonu nr

Akt małżeństwa nr

Akt urodzenia nr

Inny dokument:

.....

(czytelny podpis)