

Załącznik nr 2

.....
Imię i nazwisko osoby wnioskującej.....
Adres zamieszkania.....
numer telefonu

Pałuckie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
ul. Szpitalna 30
88-400 Żnin

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej osobie bliskiej – po zmarłym pacjencie

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

.....
(imię i nazwisko, PESEL)

Zmarłego) w dniu

w zakresie (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):

- całej dokumentacji medycznej;
- karta informacyjna (wypis);
- wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej.

Niniejszym oświadczam, że jestem w stosunku do zmarłej(-ego) osobą bliską w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta

(wpisać stopień pokrewieństwa)

Nadto oświadczam, że udostępnieniu nie sprzeciwia się inna osoba bliska wskazanego powyżej pacjenta lub nie sprzeciwia się temu pacjent za życia w innej jednostce medycznej, o której mam wiedzę,

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Pałuckie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Żninie, który przetwarza dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciążących na Administratorze, określonych w obowiązujących przepisach prawa. Pełna wersja klauzuli informacyjnej dostępna jest u Administratora na stronie internetowej www.szpitalznin.pl