Ryki, dnia ………………………

……………………………………

 Imię nazwisko osoby bliskiej

…………………………………….

 Adres

…………………………………….

 PESEL

……………………………………..

 Tel. kontaktowy

**PREZES ZARZĄDU**

**SZPITALA POWIATOWEGO w Rykach sp. z o. o.**

**ul. Żytnia 23**

**08-500 Ryki**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ŚMIERCI PACJENTA**

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej śp. ……………………………..… PESEL ……………………. zmarłym(ej) w dniu ………………… w ……….………….
(w całości lub części \*) w formie:

…………………………………………………………………………………………………..

 wgląd, odpis, kserokopia, na elektronicznym nośniku danych, przesłanie drogą elektroniczną na adres – inne

Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą bliską i okazuję się dokumentem stwierdzającym stopień pokrewieństwa:

1. akt zgonu\*………………………………………….………………..,
2. akt małżeństwa\*…………………………………….………………,
3. akt urodzenia\*…………………………………….…………………,
4. inny dokument\*…………………………………….………………...

 Niepotrzebne skreślić \*

 ………………………………………………

 Czytelny podpis wnioskującego

**Potwierdzenie wydania dokumentacji – wypełnia pracownik szpitala**

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

……………………………………………………. Seria ……………. Nr …………………

 nazwa dokumentu tożsamości

 **Dokumentację otrzymałem: Dokumentację wydał/a:**

………………………………………. ……………………………………….

 data, czytelny podpis odbierającego data, czytelny podpis pracownika wydającego

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Definicja osoby bliskiej**

USTAWA z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

 Art. 3. 1. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

2) **osoba bliska** – małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta;

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------