



**Wniosek  
o udostępnienie dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta**

**1. Wnioskodawca:**

Nazwisko Imię /Nazwa .....

Adres .....

Nr Pesel/Regon

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

Tel. kontaktowy .....

**2. Uprawnienie do otrzymania dokumentacji:**

- ✓ osoba upoważniona przez pacjenta za życia
- ✓ osoba, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym
- ✓ osoba bliska

-----  
*\* właściwe podkreślić*

**3. Dokumentacja medyczna dotyczy:**

Nazwisko i Imię .....

Adres zamieszkania .....

Nr Pesel

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

Czasu/okresu zdarzenia .....  
*/data.godz.,przedział czasowy itp./*

**4. Do jakich celów wnioskowane jest udostępnianie dokumentacji.**

.....

**5. Rodzaj dokumentacji medycznej**

.....

**6. Wnioskuje o wydanie dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 w formie:**

- kserokopii
- odpisu/wyciągu

-----  
*\* właściwe podkreślić*

Cieszyn, dnia .....

.....  
*(czytelny podpis wnioskodawcy)*



**7. W załączeniu dokument potwierdzający uprawnienie do uzyskania dokumentacji medycznej:**

- upoważnienie
- odpis aktu stanu cywilnego ( ważny 6 msc )
- orzeczenie sądu
- oświadczenie o braku sprzeciwu
- oraz Klauzula informacyjna dla Interesantów CPR

*Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuje się do pokrycia wszelkich kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem w CPR.*

Cieszyn, dnia .....

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)