



„Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Redzie” Sp. z o.o.

84-240 Reda, ul. Łąkowa 1

NIP: 588-19-62-918

REGON: 192078622

tel/fax 58 678-35-12

biuro@nzozreda.pl

Poradnia ogólna: 58 678-79-87 Poradnia dziecięca: 58 678-79-89

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZMARŁEGO CZŁONKA RODZINY

Dane osoby wnioskującej:

Imię i Nazwisko

PESEL

Seria i nr dowodu osobistego

Adres zamieszkania

.....

Wnioskuję o wydanie dokumentacji medycznej pacjenta (dane członka rodziny, którego dokumentacja dotyczy):

Imię i Nazwisko

PESEL

Stopień pokrewieństwa

Data zgonu

W związku z powyższym oświadczam, że jako

(stosunek pokrewieństwa do osoby zmarłej)

należę do kręgu osób najbliższych ww. i oświadczam, że nie został wobec mnie zgłoszony sprzeciw wobec dostępu do dokumentacji medycznej ww.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis)

Potwierdzam odebranie dokumentacji dnia

(podpis wnioskującego po otrzymaniu dokumentacji)