***Załącznik Nr 2.2***

do Regulaminu organizacyjnego ŚCR

dnia *……………………………………………………*

*…………………………………………………………….…….*

/imię i nazwisko/

*……………………………………………………………….….*

/adres zamieszkania/

*………………………………………………………………..….*

/PESEL/

**Do Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji**

**w Czarnieckiej Górze**

**Wniosek osoby bliskiej o udostępnienie dokumentacji medycznej w przypadku zmarłego pacjenta \***

Ja niżej podpisany

1. oświadczam, że jestem osobą bliską /małżonkiem, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta\*/ pacjenta

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………*

*/imię i nazwisko pacjenta/*

*……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………….*

*/PESEL adres zamieszkania pacjenta/*

*…………………………………………………………………..*

 /czytelny podpis wnioskodawcy/

1. oświadczam, że istnieje/nie istnieje spór między osobami bliskimi wyżej wymienionego pacjenta.

*…………………………………………………………………..*

 /czytelny podpis wnioskodawcy/

1. oświadczam, że nie mam wiedzy/ mam wiedzę, że w/w pacjent sprzeciwił się udostępnieniu mi dokumentacji medycznej.

*…………………………………………………………………..*

 /czytelny podpis wnioskodawcy/

Powyższe oświadczenia składam będąc świadomym/świadomą odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia, stosownie do treści przepisu art. 233 Kodeksu Karnego i wnoszę o wydanie mi /odpisu\*/wyciągu\*/kserokopii\*/wydruku\*/ uwierzytelnionej za zgodność z oryginałem dokumentacji medycznejpacjenta *……………………………………………….……………….,* informatycznego nośnika danych, skanu\*sporządzonej w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej w okresie *…………………………………………………………………* w zakresie (całości, części) *……………….…………………*

*…………………………………………………………………..*

 /podpis wnioskodawcy/

\*właściwe zaznaczyć