



OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OSÓB BLISKICH

Osoba bliska – małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej (dziecko, małżonek dziecka, rodzice, dziadkowie, wnukowie, teściowie), przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta (na podstawie art. 3.1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta) Ja, niżej podpisany/na

.....
imię nazwisko

☐ oświadczam, że jestem osobą bliską Pana/Pani

.....
Imię, nazwisko zmarłego

i w trybie art. 26 ust. 2 Ustawy o Prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta wnioskuję o wydanie mi dokumentacji medycznej w/w osoby.

☐ Oświadczam, że w/w pacjent posiadał inne osoby bliskie:

1.
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)

2.
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)

3.
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)

4.
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)

5.
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)

6.
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)

☐ Oświadczam, że w.w. osoby nie wyrażają sprzeciwu wobec udostępnienia mi dokumentacji medycznej, a także pod rygorem odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy oświadczam, że nie jest mi wiadomym, aby pacjent sprzeciwił się udostępnieniu mi wnioskowanej dokumentacji za życia.

☐ Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy, że nie jest mi wiadomym, aby w/w pacjent posiadał inne poza mną osoby bliskie oraz aby sprzeciwił się udostępnieniu mi wnioskowanej dokumentacji za życia.

Data.....

.....
czytelny podpis