



Załącznik nr 2 do procedury nr DL/SA-PP/P-4

## OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ ZMARŁEGO PACJENTA

Dane osoby składającej oświadczenie:

1. Imię i nazwisko .....
  2. Pesel .....
  3. Nazwa i numer dokumentu tożsamości .....
  4. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania)
- .....
- .....

Oświadczam, że jestem osobą bliską (w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta): (proszę zaznaczyć właściwe)

a) mąż/żona Pacjenta	f) powinowaty w linii prostej do drugiego stopnia:
b) osoba pozostająca we wspólnym pożyciu przedstawiciel ustawowy Pacjenta	▪ rodzic mąż/żona Pacjenta
c) osoba upoważniona przez Pacjenta krewny do drugiego stopnia:	▪ dziecko mąż/żona Pacjenta
d) do drugiego stopnia:	▪ dziadek/babcia mąż/żona Pacjenta
e)     ▪ rodzic Pacjenta, dziecko Pacjenta	▪ wnuk mąż/żona Pacjenta
▪ dziadek/babcia Pacjenta	
▪ wnuk Pacjenta	
▪ brat/siostra Pacjenta	

dla zmarłego Pacjenta:

1. Imię (imiona) i nazwisko.....
2. PESEL lub data urodzenia.....

Oświadczam, że żadna ze znanych mi osób bliskich (mąż/żona, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta) zmarłego Pacjenta nie zgłasza sprzeciwu w zakresie udostępnienia dokumentacji medycznej Pacjenta.

Oświadczam, że Pacjent za życia nie sprzeciwił się udostępnieniu osobom bliskim swojej dokumentacji medycznej po jego śmierci

.....  
(miejscowość, data)

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

