



## **OŚWIADCZENIE** **OSOBY BLISKIEJ**

Oświadczam, że jestem uprawniona/y do otrzymania dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta

.....  
(imię i nazwisko, pesel pacjenta)

ponieważ 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. Oświadczam, że jestem dla pacjenta (zaznaczyć właściwy kwadrat):

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> małżonkiem | <input type="checkbox"/> wnukiem                               |
| <input type="checkbox"/> ojcem      | <input type="checkbox"/> teściem                               |
| <input type="checkbox"/> matką      | <input type="checkbox"/> teściową                              |
| <input type="checkbox"/> dziadkiem  | <input type="checkbox"/> przedstawicielem ustawowym            |
| <input type="checkbox"/> babcią     | <input type="checkbox"/> osobą pozostającą we wspólnym pożyciu |
| <input type="checkbox"/> dzieckiem  | <input type="checkbox"/> bratem                                |
|                                     | <input type="checkbox"/> siostrą                               |

.....  
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

### **Ponadto oświadczam, że:**

- udostępnieniu dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta

..... nie sprzeciwia się inna osoby bliska,  
(imię i nazwisko pacjenta)

- udostępnieniu dokumentacji medycznej nie sprzeciwił się pacjent za życia.

.....  
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)