**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. I pkt. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta): (proszę zaznaczyć właściwe)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a)b)c)d)e) | małżonek Pacjenta osoba pozostająca we wspólnym pożyciu przedstawiciel ustawowy Pacjenta osoba upoważniona przez Pacjenta krewny do drugiego stopnia:* rodzic Pacjenta dziecko Pacjenta
* dziadek/babcia Pacjenta
* wnuk Pacjenta
* brat/siostra Pacjenta
 | f) powinowaty w linni prostej do drugiego stopnia:* rodzic małżonka Pacjenta
* dziecko małżonka Pacjenta
* dziadek/babcia małżonka Pacjenta
* wnuk małżonka Pacjenta
 |

dla zmarłego Pacjenta:

l . Imię (imiona) i nazwisko........................................................................................................

2. PESEL lub data urodzenia.......................................................................................................

Oświadczam, że żadna ze znanych mi osób bliskich (małżonka, 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)