……
Data i miejscowość

OŚWIADCZENIE O BRAKU SPRZECIWU OSOBY BLISKIEJ DO UDZIELENIA INFORMACJI I WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ŚMIERCI PACJENTA

Ja niżej podpisany /na: ……

Nr PESEL:……

Dokument potwierdzający tożsamość: ……

Stopień pokrewieństwa/powinowactwa:……

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 wskazana przez pacjenta) zmarłego/ej:

Pana/Pani:……

Nr PESEL:……

nie zgłasza sprzeciwu odnośnie udzielania mi informacji i dokumentacji medycznej związanej z Pacjentem objętej tajemnicą przez osobę wykonującą zawód medyczny.

……..
Data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie

……
Data i podpis **osoby składającej oświadczenie**

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta