

OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ

Ja, niżej podpisany/a.....,

zamieszkały/a w

legitymujący/a się dowodem osobistym nr działając na podstawie Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta, oświadczam, iż jestem osobą bliską*, tj.:

1. małżonką/małżonkiem,
2. krewnym do drugiego stopnia,
3. powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej,
4. przedstawicielem ustawowym,
5. osobą pozostającą we wspólnym pożyciu;
6. osobą wskazaną przez pacjenta,

dla pacjenta,

(Pesel)

Oświadczam równocześnie, iż ww. pacjent za życia nie wyraził sprzeciwu wobec udostępnienia mi dokumentacji medycznej, jak również oświadczam, że żadna z innych osób bliskich zmarłego pacjenta nie wyraża takiego sprzeciwu.

Oświadczenie składam pouczony o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia-

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis osoby składającej oświadczenie)

* proszę zakreślić właściwą podstawę określenia się jako osoby bliskiej dla pacjenta.