OŚWIADCZENIE

DANE SKŁADAJĄCEGO OŚWIADCZENIE	
Imię i nazwisko	
PESEL	
data urodzenia (w przypadku braku PESEL)	
adres	
nr telefonu	
DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY	
Imię i nazwisko	
PESEL	
data urodzenia (w przypadku braku PESEL)	
adres	

Oświadczam, że dla pacjenta, o którego wydanie dokumentacji medycznej się ubiegam jestem/byłem/byłam (podkreśl właściwe) _____

_____

Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Jako osoba bliska zmarłego pacjenta*(wypełnij tylko w przypadku ubiegania się o dokumentację zmarłego pacjenta) oświadczam, że nie istnieje spór między innymi osobami bliskimi pacjenta o udostępnienie mi dokumentacji medycznej oraz nie mam wiedzy, że pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu mi dokumentacji medycznej.

_____

Data i podpis osoby składającej oświadczenie

* zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie bliskiej, za którą zgodnie z ustawą uznaje się małżonka, krewnego do drugiego stopnia, powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, przedstawiciela ustawowego, osobę wskazaną przez pacjenta za życia