……………………………, dnia ….. ……. ……. roku

**Imię i Nazwisko:**

……………………………………………………………………………………………………………….

**PESEL:** ……………………………..…………………..

**Miejsce zamieszkania:**

………………………………………………………………………………………………………………

**Tel:** ………………………………..……………………..

# Oświadczenie osoby bliskiej zmarłego pacjenta w związku z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisana/podpisany

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………

oświadczam, że jestem osobą bliską pacjenta[[1]](#footnote-1)

......................................................................................................................................................

(imię, nazwisko, PESEL)

......................................................................................................................................................

(wskazać rodzaj osoby bliskiej zgodnie z definicją ustawy)

.........................................................................

czytelny podpis składającego oświadczenie

Potwierdzam tożsamość osoby

Wnioskującej o dokumentację medyczną

……………………………………………………………..

1. Pojęcie osoby bliskiej należy rozumieć zgodnie z jego definicją zawartą w art. 3 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 z późn. zm.), czyli jako 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.

   [↑](#footnote-ref-1)