

OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ

po śmierci pacjenta:....., PESEL.....

Imię i nazwisko

Ja,, PESEL.....

Imię i nazwisko

niżej podpisany/podpisana*

oświadczam, że byłem/byłam* osobą bliską pacjenta tj.: małżonkiem/krewnym do drugiego stopnia lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej/ przedstawicielem ustawowym/ osobą pozostającą we wspólnym pożyciu/ osobą wskazaną przez pacjenta*.

Jednocześnie informuję, że nie mam wiedzy o ewentualnym sprzeciwie innych osób bliskich w zakresie udostępnienia wnioskowanej przeze mnie dokumentacji pacjenta.

*Niepotrzebne skreślić

.....

Czytelny podpis osoby bliskiej