

OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ

po śmierci pacjenta:....., PESEL.....
imię i nazwisko

Ja, PESEL..... niżej podpisany/podpisana*
imię i nazwisko

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