

	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEDLCACH	
	Załącznik nr 3	PA-2
	Oświadczenie osoby bliskiej zmarłego pacjenta w związku z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej	Wersja 1
		Obowiązuje od 01.07.2025 r.

I. Dane osoby składającej oświadczenie

1. Imię i nazwisko
2. PESEL
3. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania)
.....
.....

II. Dane zmarłego Pacjenta:

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. PESEL
3. Adres zamieszkania

III. Oświadczam, że:

1. Jestem osobą bliską dla zmarłego Pacjenta w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (proszę zaznaczyć właściwe):
 - a) małżonek Pacjenta
 - b) osoba pozostająca we wspólnym pożyciu
 - c) osoba wskazana przez pacjenta
 - d) przedstawiciel ustawowy Pacjenta
 - e) krewny do drugiego stopnia:
 - rodzic Pacjenta
 - dziecko Pacjenta
 - dziadek/babcia Pacjenta
 - wnuk Pacjenta
 - brat/siostra Pacjenta
 - f) powinowaty w linii prostej do drugiego stopnia:
 - rodzic małżonka Pacjenta
 - dziecko małżonka Pacjenta
 - dziadek/babcia małżonka Pacjenta
 - wnuk małżonka Pacjenta
2. Nie istnieje spór między innymi osobami bliskimi ww. Pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej
3. Nie mam wiedzy, że ww. Pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu mi dokumentacji medycznej.

.....
(data i czytelny podpis składającego oświadczenie)