



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Przychodnia Miejska w Pieszycach
58-250 Pieszycy, ul. Królowej Jadwigi 1
tel. 74 8365362, 8365030 fax. 8367227
biuro@przychodniapieszycy.pl
www.przychodniapieszycy.eu



_____, dnia _____ 2024 r.

(dane składającego oświadczenie)

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej**
Przychodnia Miejska w Pieszycach
ul. Królowej Jadwigi 1
58-250 Pieszycy

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana _____, zam. _____, legitymująca się dowodem osobistym seria i numer _____, niniejszym oświadczam, że w stosunku do zmarłego pacjenta _____ jestem osobą bliską w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ponieważ _____ (1). Ponadto oświadczam, że wedle mojej najlepszej wiedzy udostępnieniu mi dokumentacji medycznej zmarłego nie sprzeciwiła się inna osoba bliska, ani nie sprzeciwił się pacjent za życia.

Do niniejszego oświadczenia załączam jako dowód _____ (2).

.....
Podpis osoby składającej oświadczenia

- (1) Należy wskazać z jakiego powodu wnioskodawca ma być zidentyfikowany jako osoba bliska w rozumieniu ustawy np. ponieważ jest małżonkiem, krewnym do drugiego stopnia, powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielem ustawowym, osobą pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobą upoważnioną przez pacjenta.
- (2) Dowód spełnienia przesłanki bliskiej osoby np. akt małżeństwa, inny dokument z USC, dokumenty z których wynika wspólne zamieszkanie