

**OŚWIADCZENIE O ISTNIENIU WIĘZI
POKREWIEŃSTWA/POWINOWACTWA I BRAKU SPRZECIWU
KREWNYCH/POWINOWA TYCH DO UDOSTĘPNIENIA
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ***

1. Oświadczam, że osoba o nazwisku:

.....

jest dla mnie, w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta osobą bliską (podać stopień pokrewieństwa, powinowactwa):

.....

2. Oświadczam, że żadna z osób bliskich osoby, której dokumentacja medyczna dotyczy nie wnosi sprzeciwu, co do faktu wydania mi niniejszej dokumentacji/ Oświadczam, że dysponuję zgodą na udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta wyrażoną przez Sąd, o której zgodzie mowa w art. 26 ust. 2 a lub/i art. 26 ust. 2b ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* *.
3. Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 ustawy z 6.06.1997 r. Kodeks karny oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

*data i czytelny podpis składającego oświadczenie/członka personelu
odbierającego oświadczenie o upoważnieniu w przypadku udzielenia
upoważnienia w formie innej niż pisemna*

4. Zgoda składającego oświadczenie

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do ustalenia tożsamości, w celu udostępnienia dokumentacji medycznej.

.....

data i czytelny podpis składającego oświadczenie

* Oświadczenie stanowi wyłącznie wzór, który może być dobrowolnie wykorzystany przez pacjenta; dla uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej nie jest wymagane złożenie oświadczenia w formie zaproponowanej przez Szpital ** Należy zakreślić właściwe