

Łódź, dn.

OŚWIADCZENIE
osoby bliskiej zmarłego pacjenta w związku z wnioskiem
o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/ a nr tel.
/imię, nazwisko/

posiadający numer PESEL
/numer PESEL/

zamieszkały w
/miejscowość, ulica, nr domu/

niniejszym oświadczam, że dla pacjenta

.....
/imię, nazwisko, PESEL/

1. jestem osobą bliską*

.....
(wskazać rodzaj osoby bliskiej zgodnie z definicją ustawową wskazaną poniżej)

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

2. Oświadczam, że inna osoba bliska ww. pacjenta nie wyraziła sprzeciwu w zakresie udostępnienia dokumentacji medycznej pacjenta.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

3. Oświadczam, że pacjent za życia nie sprzeciwił się udostępnieniu osobom bliskim swojej dokumentacji medycznej po jego śmierci.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie

UWAGA!

Podanie powyższych danych osobowych jest obowiązkowe w celu weryfikacji Pani/Pana prawa do otrzymania dokumentacji medycznej wskazanego pacjenta. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w szczególności na podstawie przepisów ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie www.szpitale.lodzkie.pl/kopernik/pl w zakładce „Dla Pacjenta” lub w siedzibie szpitala.

* **osoba bliska** – małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta