

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 dentystry.

Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie [www.szpitale.lodzkie.pl/kopernik/pl](http://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