

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OSÓB BLISKICH

Ja, niżej podpisany/na ..... oświadczam, że jestem osobą bliską Pana/Pani ..... i w trybie art. 26 ust. 2 ustawy o Prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta wnioskuję o wydanie mi dokumentacji medycznej w/w osoby .

Oświadczam, że w/w pacjent posiadał inne osoby bliskie:

- ..... (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)
- ..... (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)
- ..... (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)
- ..... (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)
- ..... (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)
- ..... (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)
- ..... (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)

i załączam oświadczenie tych osób, że nie wyrażają sprzeciwu wobec udostępnienia mi dokumentacji medycznej, a także pod rygorem odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy oświadczam, iż nie jest mi wiadomym aby pacjent sprzeciwił się udostępnieniu mi wnioskowanej dokumentacji za życia.

Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy, że nie jest mi wiadomym aby w/w pacjent posiadał inne poza mną osoby bliskie oraz aby sprzeciwił się udostępnieniu mi wnioskowanej dokumentacji za życia.

.....  
Imię i nazwisko, podpis i data