Załącznik nr 1 do zarządzenia nr D/0147-7/2019 Dyrektora Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kętach z dnia 09.05.2019 r.

OŚWIADCZENIE
osoby bliskiej wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta, który nie złożył upoważnienia do udostępnienia jego dokumentacji medycznej innym osobom

Ja, niżej podpisany/na ……..……
(imię i nazwisko osoby wnioskującej, adres zamieszkania, telefon)

oświadczam, że jestem osobą bliską ……
(stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne)

Pana/Pani ……..……
(imię i nazwisko pacjenta, PESEL, adres zamieszkania)

W trybie art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.) wnioskuję o wydanie mi dokumentacji medycznej w/w pacjenta.

Oświadczam, że w/w pacjent posiadał inne osoby bliskie, które nie wyrażają sprzeciwu wobec udostępnienia mi dokumentacji medycznej, co poświadczają własnoręcznymi podpisami:

1) ……..……. ……..……
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne) (data i podpis)

2) ……..……. ……..……
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne) (data i podpis)

3) ……..……. ……..……
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne) (data i podpis)

4) ……..……. ……..……
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne) (data i podpis)

5) ……..……. ……..……
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne) (data i podpis)

6) ……..……. ……..……
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne) (data i podpis)

7) ……..……. ……..……
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne) (data i podpis)

8) ……..……. ……..……..……*
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, powinowactwa, inne) (data i podpis)

Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy, iż nie jest mi wiadomym aby pacjent sprzeciwił się udostępnieniu mi wnioskowanej dokumentacji za życia.

……..……..
(data i podpis wnioskodawcy)

** w przypadku większej liczby osób bliskich należy wypełnić kolejny formularz oświadczenia*