

## OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ

Ja, niżej podpisany/a....., zamieszkały/a  
w.....legitymujący/a się dowodem osobistym nr .....  
działając na podstawie art. 26 ust. 2 zd. 2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw  
pacjenta, oświadczam, iż jestem osobą bliską\*, tj:

1. małżonką/małżonkiem,
2. krewnym do drugiego stopnia,
3. powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej,
4. osobą pozostającą we wspólnym pożyciu

dla pacjenta (imię i nazwisko) ....., (pesel lub nr dowodu  
osobistego) .....

Oświadczam równocześnie, iż nie jest mi wiadomym by ww. pacjent za życia wyraził sprzeciw wobec udostępnieniu  
mnie dokumentacji medycznej, jak również oświadczam, że żadna z innych osób bliskich zmarłego pacjenta nie  
wyraża takiego sprzeciwu.

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Podpis osoby składającej oświadczenie)

\* proszę zakreślić właściwą podstawę określenia się jako osoby bliskiej dla pacjenta.