

WSPR w Poznaniu SPZOZ
ul. Rycerska 10
60-346 Poznań

Poznań, dnia.....

OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ*
O BRAKU SPRZECIWU DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI
MEDYCZNEJ PACJENTA PO JEGO ŚMIERCI
(proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

DANE OSOBY BLISKIEJ SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK:

Imię i nazwisko: PESEL:

Stopień pokrewieństwa:

Adres:

tel.:

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres:

tel.:

Ja niżej podpisana/y legitymująca/y się dowodem osobistym Seria Nr
wydanym przez oświadczam, iż jestem „osobą bliską”
w rozumieniu Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
(Dz. U. 2024 poz. 581 tj.) w stopniu.....

Ponadto oświadczam, iż z mojej wiedzy wynika, że żadna z osób bliskich ani sam pacjent
za życia nie wniósł sprzeciwu w zakresie udostępnienia jego dokumentacji medycznej sporządzonej
w związku z udzieleniem świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju:
w dniu w miejscu udzielenia świadczenia:.....

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że WSPR w Poznaniu ma prawo do odmowy wydania
dokumentacji medycznej do czasu wyrażenia zgody przez sąd w przypadku uzasadnionych wątpliwości
w sprawie lub zaistniałego sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej.

.....
(data oraz czytelny podpis)

.....
(data oraz czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

* 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