



.....dnia roku

Oświadczenie osoby bliskiej zmarłego pacjenta w związku z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisana/podpisany:

1. Oświadczam, że jestem osobą bliską pacjenta

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(wskazać rodzaj osoby bliskiej zgodnie z definicją ustawy [1])

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

2. Oświadczam, że nie istnieje spór między innymi osobami bliskimi ww. pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

3. Oświadczam, że nie mam wiedzy, że ww. pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu mi dokumentacji medycznej.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

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.szpital-strusia.poznan.pl w zakładce dla Pacjenta → RODO.

Objaśnienia:

[1] Pojęcie osoby bliskiej należy rozumieć zgodnie z jego definicją zawartą w art 3 ust.1 pkt.2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. ,poz. 1318 z późn. zm.), czyli jako: **małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub wskazaną przez pacjenta.**