



OŚWIADCZENIE o braku sprzeciwu

Ja, niżej podpisana/y
będąc:

- ✓ osobą upoważnioną za życia *
 - ✓ przedstawicielem ustawowym osoby zmarłej *
 - ✓ osobą bliską * - wskazać pokrewieństwo :
(małżonkiem, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej)
 - ✓ osobą pozostającą we wspólnym pożyciu ze zmarłą(ym) *
- * **właściwe podkreślić**

oświadczam, iż zmarły w dniu
data zgonu oraz imię i nazwisko zmarłego

nie sprzeciwił się udostępnieniu mi dokumentacji medycznej na wypadek śmierci, udzielonej zgody nie cofnął, a także takiego sprzeciwu nie wyraziła żadna z osób bliskich zmarłego, ani przedstawiciel ustawy, ani osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.

.....
podpis wnioskodawcy

Podstawa prawna:

- art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r., poz. 417 z późn. zm.)