

## SPRZECIW PACJENTA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO na udostępnianie dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta osobom bliskim

Wyrażam sprzeciw na udostępnienie dokumentacji medycznej:

.....  
(imię i nazwisko, PESEL pacjenta, którego dokumentacji dotyczy sprzeciw)

(komu?)

.....  
(imię i nazwisko osoby bliskiej, której dotyczy sprzeciw)

.....  
(imię i nazwisko osoby bliskiej, której dotyczy sprzeciw)

wszystkim osobom bliskim\* w rozumieniu *Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*

Zakres dokumentacji, którego sprzeciw dotyczy:

pełen

ograniczony: .....

Wyszaków, dn. ....

.....  
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

**\*Osoba bliska:** 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