

OŚWIADCZENIE O BRAKU SPRZECIWU OSOBY BLISKIEJ DO UDZIELANIA INFORMACJI I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ŚMIERCI PACJENTA

.....
Data i miejscowość

Ja niżej podpisany/na, osoba bliska zmarłego Pacjenta (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**)

.....
Imię (imiona) i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*numer PESEL/Data urodzenia**

Oświadczam, że żadna ze znanych mi osób bliskich zmarłego pacjenta (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) zmarłego/ej:

.....
Imię (imiona) i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*numer PESEL/Data urodzenia**

nie zgłasza sprzeciwu odnośnie udzielania mi informacji i dokumentacji medycznej objętej tajemnicą przez osobę wykonującą zawód medyczny.

.....
Data i czytelny podpis Osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i czytelny podpis Osoby składającej wniosek

* W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia

** Niepotrzebne skreślić

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Administratorem Twoich danych jest LUX MED Onkologia sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (01-748), ul. Szamocka 6. Dane przetwarzane są na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych możesz skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych: daneosobowe@luxmed.pl. Warunki oraz informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych, w tym o przysługujących Tobie prawach znajdują się w klauzuli obowiązku informacyjnego, która jest dostępna pod adresem: <https://onkologia.luxmed.pl/polityka-prywatnosci/>.