F-006-INM-018



...................................., dnia............................…r.

**DANE PACJENTA:**

............................................................................................. Forma złożenia:

imię i nazwisko pacjenta Ustnie

v

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pisemnie

v

PESEL pacjenta lub dana urodzenia opcjonalnie

**SPRZECIW WOBEC PRZEKAZYWANIA INFORMACJI/DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ŚMIERCI PACJENTA**

Dostęp do informacji oraz dokumentacji medycznej pacjenta po jego śmierci mają osoby bliskie3

Wyłączenie osób bliskich z dostępu do dokumentacji medycznej lub informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeń:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Dane osoby, której dotyczy sprzeciw | | Zakres sprzeciwu (złożyć podpis w odpowiedniej rubryce poniżej) | |
|  | Imię i nazwisko | Data urodzenia | Dostęp do dokumentacji medycznej | Dostęp do informacji o udzielonych świadczeniach |
| 1. |  | - - |  |  |
| 2. |  | - - |  |  |
| 3. |  | - - |  |  |

Wszystkich osób bliskich

......................................................................................

podpis pacjenta lub osoby przyjmującej ustne oświadczenie

złożyć w przypadku sprzeciwu wobec wszystkich osób bliskich