

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

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

PESEL

### **Oświadczenie pacjenta o złożeniu sprzeciwu**

Niniejszym, działając na podstawie art. 26 ust. 2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 186, z późn. zm.) sprzeciwiam się udostępnienie osobie bliskiej ...../osobom bliskim dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

.....  
(data i podpis)