



.....  
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
.....  
(miejsce zamieszkania)

.....  
(PESEL)

## OŚWIADCZENIE O BRAKU SPRZECIWU

Ja niżej podpisana/y ..... będąc:  
(imię i nazwisko)

- osobą upoważnioną za życia \*,
- przedstawicielem ustawowym osoby zmarłej \*,
- osobą bliską: .....\*.

(należy wskazać pokrewieństwo: małżonek, krewny lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej)

Oświadczam, iż zmarły w dniu .....  
(data zgonu, imię i nazwisko zmarłego)

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

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

**(\* właściwe podkreślić)**

Podstawa prawna:

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