

.....  
(miejscowość i data)

.....  
/imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie/

.....  
/miejsce zamieszkania/

.....  
PESEL

**OŚWIADCZENIE**  
**dotyczy wniosku o wydanie dokumentacji medycznej Pana/Pani**

.....  
(imię i nazwisko)

Oświadczam, iż w myśl art.40 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty zwalniam SP ZOZ WSPR w Białymstoku z tajemnicy lekarskiej, dotyczącej udzielonych świadczeń zdrowotnych :

Panu/Pani..... PESEL.....

Oświadczam również, iż w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dla pacjenta/pacjentki ....., jestem osobą bliską :

(imię i nazwisko)

- \* małżonkiem
- \* krewnym
- \* powinowatym/ą do drugiego stopnia w linii prostej
- \* przedstawicielem ustawowym
- \* osobą pozostającą we wspólnym pożyciu
- \* osobą wskazaną przez pacjenta
- \***Zaznaczyć odpowiednią odpowiedź**

Oświadczam, iż inne osoby bliskie nie będą wnosić sprzeciwu co do zniesienia tajemnicy lekarskiej w stosunku do mojej osoby

.....  
(imię i nazwisko)

Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

**UWAGA**

**W nawiązaniu do art. 40 ust. 3a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty informujemy:**

**„Zwolnienia z tajemnicy lekarskiej nie stosuje się jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska w rozumieniu art.3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.”**