

_____, __.__.202__ r.

imię, nazwisko osoby składającej oświadczenie

data urodzenia

adres

OŚWIADCZENIE O STATUSIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO / OSOBY BLISKIEJ

Ja, niżej podpisana / podpisany, oświadczam, że wobec pacjenta (*proszę wskazać imię, nazwisko i datę urodzenia, adres zamieszkania pacjenta*):

jestem (*proszę zaznaczyć odpowiednio*):

- opiekunem faktycznym,
 osobą bliską.

w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2020.849 t.j.) (ustawy o prawach pacjenta).

(podpis osoby składającej oświadczenie)

WYCIĄG Z PRZEPISÓW

Opiekunem faktycznym pacjenta jest osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga (art. 3 ust. 1 p. 1 ustawy o prawach pacjenta).

Osobą bliską pacjenta jest 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 (art. 3 ust. 1 p. 2). Do tego grona zalicza się w szczególności dzieci, wnuki, rodziców, dziadków, rodzeństwo, małżonka, teściów, zięcia lub synową pacjenta.