

Lublin, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres)

.....

(nr telefonu)

Oświadczenie

W związku ze zgonem mojego spadkodawcy:

.....
(imię nazwisko lekarza/lekarza dentysty)

który/a prowadził/a indywidualną/specjalistyczną praktykę lekarską pod adresem:

.....

(adres praktyki)

oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. z późn. zm.) dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej:

„Art. 30a. (...)

2. Dokumentację medyczną podmiotu zaprzestającego wykonywania działalności leczniczej przejmuje podmiot, który przejął jego zadania.

3. W przypadku braku podmiotu, o którym mowa w ust. 2, za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiada:

(...)

3) właściwa okręgowa izba lekarska albo okręgowa izba pielęgniarek i położnych – w przypadku śmierci odpowiednio

lekarza albo pielęgniarki lub położnej, wykonujących zawód w formie praktyki zawodowej w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Podmiotem, który przejął zadania jest (dokładny adres):

.....

.....

(dane lekarza/lekarza dentysty lub zakładu leczniczego, który przejął dokumentację)

.....

(podpis spadkobiercy)