

## Подтверждение доступа к медицинским картам и выдачи копий

Подтверждающий (заявитель)	И М Я	дата рождения (регистрационный номер иностранца)
	Relationship with the Patient	
П а ц и е н т	И М Я	дата рождения (регистрационный номер иностранца)
Д е т а л и п о д т в е р ж д е н и я	Отсутствие родственников по прямой восходящей и нисходящей линии, супруга (супруги), или родственников супруга (супруги) вышеуказанного пациента по прямой восходящей линии	

Я (подтверждающий) согласно статье 21 (3) Медицинского закона и статье 13-3 (1) и (3) правил исполнения того же закона, подтверждаю отсутствие родственников по прямой восходящей и нисходящей линии, супруга (супруги), или родственников супруга (супруги) вышеуказанного пациента по прямой восходящей линии

Дата \_\_\_\_\_

Имя (подтверждающий) \_\_\_\_\_

Sign here \_\_\_\_\_

### Примечание

Данное подтверждение заполняется, когда брат и сестра пациента не могут получить согласие пациента в соответствии с «Правилами исполнения норм медицинского права» [Приложение 2-2], а пациента нет родственников по прямой восходящей и нисходящей линии, супруга (супруги), или родственников супруга (супруги) по прямой восходящей линии.