............................................. .............................................

............................................. *(miejscowość, data)*

*(pieczęć podmiotu leczniczego)*

Imię i nazwisko pacjenta: ...........................................................................................................

Nr PESEL pacjenta: .....................................................................................................................

Adres zamieszkania pacjenta: ......................................................................................................

**SPRZECIW PACJENTA CO DO PRZEPROWADZENIA**

**SEKCJI ZWŁOK**

**Na wypadek mojej śmierci oświadczam, że sprzeciwiam się wykonaniu sekcji zwłok.**

*........................*

*(podpis pacjenta)*

Oświadczenie powyższe przyjęto od ww. Pacjenta, a towarzyszyły temu następujące okoliczności:

– pacjent był świadomy swojej decyzji\*,

– nie są znane okoliczności zewnętrzne mające wpływ na decyzję pacjenta\*,

– inne ................................................................................................

\* niepotrzebne skreślić

*......................................................*

*(imię i nazwisko oraz podpis osoby*

*odbierającej powyższe oświadczenie)*