

**DANE PACJENTA:**

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
nr PESEL pacjenta, a w przypadku obcokrajowca lub osób  
nieposiadających numer PESEL data urodzenia

**ANIMA M.Serafin, A. Wołkanowska s.c.,  
ul. Władysława Grabskiego 8/8a  
35-312 Rzeszów**

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU  
LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ  
I/LUB INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA**

Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (proszę zaznaczyć właściwe):

- NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO
- UPOWAŻNIAM NIŻEJ WYMIENIONĄ OSOBE DO (proszę zaznaczyć właściwe):
  - DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
  - UDZIELENIA JEJ INFORMACJI O MOIM STANIE ZDROWIA, zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

**DANE OSOBY/OSÓB UPOWAŻNIONYCH:**

**1)**

.....  
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....  
nr PESEL lub data urodzenia osoby upoważnionej

**2)**

.....  
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....  
nr PESEL lub data urodzenia osoby upoważnionej

.....  
(data i podpis pacjenta, rodzica lub opiekuna ustawowego)