

Miejscowość i data .....

**UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**.....  
Imię i nazwisko, PESEL/data urodzenia pacjenta.....  
Adres i tel. kontaktowy.....  
**Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego, PESEL w przypadku dzieci poniżej 18 r. ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych\***.....  
Proszę o wydanie dokumentacji medycznej:.....  
.....  
(Proszę wpisać poradnie, zakres dat oraz rodzaj dokumentacji medycznej np.: wizyty, wyniki badań itp.)

Prośba o wydanie dokumentacji medycznej :

- kopii dokumentacji medycznej/wydruku dokumentacji z systemu elektronicznego
- kopii dokumentacji medycznej /dokumentacji z systemu elektronicznego na płycie CD
- .....

**UPOWAŻNIAM:**

Imię i nazwisko PESEL

.....  
do odbioru dokumentacji medycznej w Centrum Medycznym Internus Sp. z o.o......  
data, czytelny podpis osoby przyjmującej podanie.....  
data, czytelny podpis wnioskodawcy.....  
data, czytelny podpis osoby wydającej.....  
potwierdzenie odbioru, data ,czytelny podpis

\* jeśli dotyczy

**UWAGA NIEODEBRANA KOPIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZ PACJENTA ULEGA ZNISZCZENIU PO 3 MIESIĄCACH OD PRZYGOTOWANIA****Podstawa prawna: art. 23, 26, 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm.)**Administratorem Państwa danych osobowych jest Centrum Medyczne Internus Sp. z o. o. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się w naszych przychodniach oraz na stronie: [www.internus.pl/o-nas/polityka-privatności/](http://www.internus.pl/o-nas/polityka-privatności/)