

**UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**.....  
Imię i nazwisko, pesel/data urodzenia pacjenta.....  
Adres i tel. kontaktowy.....  
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego w przypadku dzieci poniżej 18 r. ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych\*.....  
Nr dokumentu tożsamości ze zdjęciem pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego\*\*

Poradnia

Lekarz prowadzący

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej w celu .....

Zobowiązuję się do odbioru i pokrycia kosztów kserokopii/wydruku dokumentacji medycznej/ płyty CD wg cennika obowiązującego w Centrum Medycznym Internus Sp. z o. o. zgodnie z art.28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

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.....

legitymującego/cej się dowodem osobistym seria i nr .....

wydanym przez .....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

\*\* zaznaczyć właściwe

Podstawa prawna: art.23,26,28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 Nr 52 poz. 417 t. j.)