



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 w przypadku dzieci poniżej 18 r. ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych\***

.....  
Poradnia/zakres dokumentacji

.....  
Lekarz prowadzący

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej w celu

.....  
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

**UWAGA NIEODEBRANA KOPIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZ PACJENTA ULEGA ZNISZCZENIUPO 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.)**