



Miejscowość i data .....

**WNIOSEK O WYDANIE 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\***

.....  
(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
- .....

.....  
data, czytelny podpis osoby przyjmującej podanie

.....  
data, czytelny podpis wnioskodawcy

.....  
data, czytelny podpis osoby wydającej

.....  
potwierdzenie odbioru, data ,czytelny podpis

\* jeśli dotyczy  
\*\* zaznaczyć właściwe

**UWAGA NIEODEBRANA KOPIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZ PACJENTA ULEGA  
ZNISZCZENIU PO 3 MIESIĄCACH OD PRZYGOTOWANIA**

**Podstawa prawna: art. 23, 26,27, 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-prywatności/](http://www.internus.pl/o-nas/polityka-prywatności/)