

Miejscowość i data .....

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ OSOBIE UPOWAŻNIONEJ PRZEZ  
PACJENTA**

Ja ..... w/w, oświadczam, że jestem  
(imię i nazwisko, PESEL osoby upoważnionej przez pacjenta)

osobą upoważnioną przez:

..... w oświadczeniu z dnia: .....  
(imię i nazwisko pacjenta, PESEL)

do:

- uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w Centrum Medycznym Internus Sp. z o. o.,
- uzyskiwania dokumentacji medycznej we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej w Centrum Medycznym Internus Sp. z o. o.

.....  
czytelny podpis składającego oświadczenie

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
- .....

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

.....  
data, czytelny podpis wnioskodawcy

.....  
data, czytelny podpis osoby wydającej

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

**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/)