

## Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

### DANE PACJENTA

Data i miejscowość .....

Imię i nazwisko pacjenta .....

Nr PESEL / Data urodzenia .....

W przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, obejmujący jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony\*\* .....

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego w przypadku dzieci poniżej 18 r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych\*\* .....

Nr pesel rodzica / opiekuna prawnego\*  
.....

Telefon kontaktowy .....

### Proszę o wydanie dokumentacji medycznej:

kopia dokumentacji medycznej (całość dokumentacji medycznej)

kopia dokumentacji medycznej

wybrani specjaliści:

.....

Okres od – do:

.....

inne (wyciąg, odpis, wydruk)

.....

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o kosztach udostępniania dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty wskazanej przez pracownika placówki.

Informacja

Nieodebrana dokumentacja zostanie zniszczona, po upływie dwóch tygodni, od momentu jej przygotowania. W szczególnych przypadkach, okres ten zostanie wydłużony do miesiąca, po uprzednim poinformowaniu placówki, o terminie jej odbioru.

*Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek*

*Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek*

.....

.....

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Centrum Medyczne Medica Sp. z o.o.** z siedzibą w Płocku, przy ul. Chemików 7, 09-411 Płock. W CM Medica powołany jest inspektor ochrony danych, do którego można kierować zapytania na adres e-mail: daneosobowe@cmmedica.pl

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

\* zaznaczyć właściwe

\*\* wypełnić jeśli dotyczy