

**REQUEST FOR INDIVIDUAL MEDICAL RECORDS**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Personal data of the patient: \*(Dane personalne pacjenta:)

Surname (Nazwisko).......................................................................................................................................

First name (Imię).............................................................................................................................................

PESEL................................................Adres....................................................................................................

I, the undersigned, apply to the Director of ODENT sp. z o.o./Director of the ODENT Medical Centre sp. z o.o./to the ODENT Private Dental Practice Dr Barbara Obłoj, M.D., with a request to issue to me:

Ja, niżej podpisany/-a zwracam się do Dyrektora ODENT sp. z o. o./Centrum Medycznego ODENT sp. z o.o./do Prywatnej Praktyki Stomatologicznej ODENT dr n. med. Barbara Obłoj z prośbą o wydanie mi:
- copies → (kopii)

1. Copy of medical history\* - free of charge

(Kopia historii choroby\* - bezpłatnie)

1. X-ray examinations\* - free of charge

(Badania RTG\* - bezpłatnie)

1. Digital scans of teeth\* - free of charge

(Skany cyfrowe zębów\* - bezpłatnie)

1. Orthodontic models\* - payable PLN 200

(Modele ortodontyczne\* - płatne 200zł)

my medical records. → (mojej dokumentacji medycznej.)

…………….….………….….…………………

 date and signature of patient → (data i podpis pacjenta)

\* Note - delete as appropriate, we only issue documentation prepared at CM ODENT
 (Uwaga – niepotrzebne skreślić,wydajemy wyłącznie dokumentację wykonaną w CM ODENT)

In accordance with the Act of 6 November 2008 on Patients' Rights and the Patient Ombudsman (consolidated text: Journal of Laws of 2024, item 581), Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 (GDPR), and the Act of 10 May 2018 on Personal Data Protection (Journal of Laws of 2018, item 1000), personal data contained in medical records are processed to exercise patient rights and protect health. Patients have the right to access their records and information about their processing.

Zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2024 poz. 581), Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000), dane osobowe zawarte w dokumentacji medycznej są przetwarzane w celu realizacji praw pacjenta i ochrony zdrowia. Pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji oraz informacji o jej przetwarzaniu.

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF INDIVIDUAL MEDICAL RECORDS**

**POTWIERDZENIE ODBIORU INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

I acknowledge receipt of my medical records on day: ……………………………

→ (Potwierdzam odbiór mojej dokumentacji medycznej w dniu)

1. Copy of medical history\*

(Kopia historii choroby\*)

1. X-ray examinations\* - free of charge

(Badania RTG\* - bezpłatnie)

1. Digital scans of teeth\*

(Skany cyfrowe zębów\*)

1. Orthodontic models\*

(Modele ortodontyczne\*)

…………….….………….….…………………

 date and signature of patient → (data i podpis pacjenta)

\* Note - delete as appropriate → (Uwaga – niepotrzebne skreślić)

We have 14 days from receipt of the request to prepare the medical records. The records must be collected immediately. If a copy of the medical record is not collected within 30 days of preparation, the copy may be destroyed.

Na przygotowanie dokumentacji medycznej mamy 14 dni od otrzymania wniosku. Dokumentację należy odebrać niezwłocznie. W przypadku nie odebrania kopii dokumentacji medycznej w ciągu 30 dni od jej przygotowania, kopia może zostać zniszczona.