

DANE WNIOSKODAWCY

Data

Imię i Nazwisko.....

PESEL Adres zamieszkania.....

Adres elektronicznej skrzynki pocztowej (email):¹

Telefon

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
W FORMIE ELEKTRONICZNEJ**

Ja niżej podpisany/a, zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej pacjenta, przy wykorzystaniu środków komunikacji na odległość (przesłać na skrzynkę email):

.....
/Imię, nazwisko i PESEL pacjenta/

.....
/Adres pacjenta/

Określenie rodzaju dokumentacji i okres:

.....

Podstawa prawna wydania: *(Proszę postawić znak X przy wybranej pozycji)*

_____ dokumentacja dotyczy wnioskodawcy
_____ upoważnienie złożone w dokumentacji medycznej

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji, na zasadach i w wysokości przewidzianej w przepisach prawa.

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

.....
/Podpis Wnioskodawcy/

UWAGA!

Mając na uwadze zachowanie bezpieczeństwa, niniejszy wniosek po wprowadzeniu danych, proszę zapisać w formacie PDF, podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym i przesłać na adres edm@przychodniaportowa.pl

Niniejszy wniosek może składać jedynie Pacjent, którego dane dotyczą, bądź osoba upoważniona w systemie Przychodni, przez Pacjenta.

Dokumentacja zostanie przesłana w formie plików PDF, opatrzona hasłem, a hasło zostanie wysłane wiadomością SMS, na telefon pacjenta.

W przypadku gdy dane z wniosku, nie będą się zgadzać z danymi w systemie przychodni, należy złożyć wniosek o aktualizację danych.

¹ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w postaci adresu elektronicznej skrzynki pocztowej, na potrzeby przesyłania dokumentacji medycznej na podstawie niniejszego wniosku i w przyszłości.