

**SEKRETARIAT**

91 44 12 102

91 44 12 149

**MARKETING**

91 44 12 130

Data \_\_\_\_\_

**DANE WNIOSKODAWCY**

Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adres e-mail<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Nr telefonu \_\_\_\_\_

**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 osoby wydającej dokumentację

---

**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](mailto: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.

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