

Wniosek o przesłanie dokumentacji medycznej drogą elektroniczną

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, na który zostanie przesłane hasło
SMS.....

Proszę o przesłanie dokumentacji medycznej na adres mailowy

.....

całość dokumentacji medycznej

wybrani specjaliści

.....

okres od – do:

.....

Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

.....

.....

Dane osobowe będą przetwarzane przez Centrum Medyczne Medica Sp. z o.o. w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Centrum Medyczne Sp. z o.o. znajdują Państwo na stronie internetowej www.plock.pzuzdrowie.pl oraz w naszych plącówkach.

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

* zaznaczyć właściwe

** wypełnić jeśli dotyczy