

WNIOSEK O PRZESŁANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ

Imię i Nazwisko Wnioskodawcy.....

Nr PESEL

**W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: Data urodzenia.....*

Dokument potwierdzający tożsamość:

RodzajNumer

Data ważności Kraj, w którym wystawiono dokument zagraniczny

Telefon do kontaktu

Nr ID / Firma

Wnioskodawca:

- Pacjent
- Przedstawiciel ustawy osoby małoletniej / ubezwłasnowolnionej
- Osoba upoważniona przez Pacjenta

**W przypadku Wnioskodawcy, który nie jest Pacjentem:*

Imię i Nazwisko Pacjenta

Nr PESEL Pacjenta.....
(dla noworodka, którego matka ma nadany numer PESEL - numer PESEL matki)

**W przypadku Pacjenta, który nie ma nadanego numeru PESEL (oraz noworodka, którego matka nie ma nadanego numeru PESEL):.....*

Data urodzenia Pacjenta.....

Dokument potwierdzający tożsamość Pacjenta (jeżeli posiada):

RodzajNumer

Data ważnościKraj, w którym wystawiono dokument zagraniczny

Telefon kontaktowy na który zostanie przesłane hasło SMS.....

Proszę o przesłanie dokumentacji medycznej drogą elektroniczną na adres mailowy.....

Rodzaj dokumentacji.....

.....
(całość dokumentacji medycznej / wybrani specjaliści / okres od - do)

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek