



Pieczęć placówki medycznej



ZDROWIE

Data

Miejscowość

WNIOSEK O PRZESŁANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta

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**)

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:

Zweryfikowano tożsamość pacjenta

Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

Dane osobowe będą przetwarzane przez PZU Zdrowie S.A. w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajdują Państwo na stronie internetowej <https://zdrowie.pzu.pl/informacje-o-przetwarzaniu-danych> oraz w naszych placówkach.

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

* niepotrzebne skreślić

** jeśli dotyczy

PZUZDR 2039/2

