



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

