



Pieczęć placówki medycznej



**ZDROWIE**

Data

Miejscowość

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI STOMATOLOGICZNEJ

### DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL/Data urodzenia

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

**Proszę o wydanie** ☐ dokumentacji stomatologicznej ☐ ortodontycznej ☐ implantologicznej\*:

☐ kopia dokumentacji (całość dokumentacji)

☐ kopia dokumentacji (okres od-do):

☐ kopia dokumentacji dotycząca leczenia u:

☐ kopia zdjęć RTG na płycie CD

☐ wypożyczenie RTG analogowego/ kopia na kliszy

☐ inne (jakie?)

### Informacja

Nieodebrana dokumentacja zostanie zniszczona, po upływie dwóch tygodni, od momentu jej przygotowania. W szczególnych przypadkach, okres ten zostanie wydłużony do miesiąca, po uprzednim poinformowaniu placówki, o terminie jej odbioru.

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