

PRZYCHODNIA PORTOWA Sp. z o.o.

ul. Energetyków 2
70-656 Szczecin

SEKRETARIAT

91 44 12 102
91 44 12 149

MARKETING

91 44 12 130

Port Zdrowie

ul. Citroena 8
70-772 Szczecin

REJESTRACJA

91 441 53 00

ADMINISTRACJA

91 44 12 102

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i Nazwisko _____

PESEL _____

Adres zamieszkania

Adres e-mail¹ _____

Nr telefonu _____

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ [W FORMIE ELEKTRONICZNEJ](#)

Ja niżej podpisany/a, zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej pacjenta, przy wykorzystaniu środków komunikacji na odległość (przesłać na skrzynkę email):

/Imię, nazwisko i PESEL pacjenta/

/adres pacjenta/

Określenie rodzaju dokumentacji i okres: _____

Podstawa prawna wydania: (Proszę postawić znak X przy wybranej pozycji)

- ☐ dokumentacja dotyczy wnioskodawcy
- ☐ upoważnienie złożone w dokumentacji medycznej

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji, na zasadach i w wysokości przewidzianej w przepisach prawa.

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Podpis osoby wydającej dokumentację

UWAGA!

Mając na uwadze zachowanie bezpieczeństwa, niniejszy wniosek po wprowadzeniu danych, proszę zapisać w formacie PDF, podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym i przesłać na adres edm@przychodniaportowa.pl

Niniejszy wniosek może składać jedynie Pacjent, którego dane dotyczą, bądź osoba upoważniona w systemie Przychodni, przez Pacjenta.

Dokumentacja zostanie przesłana w formie plików PDF, opatrzona hasłem, a hasło zostanie wysłane wiadomością SMS, na telefon pacjenta.

W przypadku gdy dane z wniosku, nie będą się zgadzać z danymi w systemie przychodni, należy złożyć wniosek o aktualizację danych.

- a)** ¹ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w postaci adresu elektronicznej skrzynki pocztowej, na potrzeby przesyłania dokumentacji medycznej na podstawie niniejszego wniosku i w przyszłości.