Pieczęć placówki medycznej

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 znajdą Państwo na stronie internetowej https://www.pzuzdrowie.pl/kim-jestesmy/informacje-o-przetwarzaniu-danych-osobowych oraz w naszych placówkach.

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
* niepotrzebne skreślić
** jeśli dotyczy

PZU Zdrowie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS: 0000395215, NIP: 527-266-38-52,
kapitał zakładowy: 10 650 000 zł wpłacony w całości, ul. Rondo Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzuzdrowie.pl, infolinia: 801 405 905 (opłata zgodna z taryfą operatora)