

**WNIOSEK O PRZESŁANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZA POŚREDNICTWEM ŚRODKÓW
KOMUNIKACJI ELEKTRONICZNEJ**
(wypełnia Wnioskodawca)

1. Wnioskodawca (Pacjent, osoba upoważniona lub przedstawiciel ustawowy):

Imię i nazwisko:

Numer PESEL*:

2. Dokumentacja medyczna dotyczy**:

Imię i nazwisko Pacjenta/Pacjentki:

Numer PESEL*:

3. Wnoszę o przesłanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (przez Portal Pacjenta lub w przypadku braku poszerzonego dostępu do Portalu pacjenta na mój ostatni adres e-mail, przekazany do wiadomości Spółki).

4. Wnoszę o przesłanie mojej dokumentacji medycznej, zgodnie z *Wnioskiem o wydanie kopii dokumentacji medycznej*.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

* w przypadku braku – data urodzenia

** wypełnić, w przypadku gdy Wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji medycznej, jako przedstawiciel ustawowy Pacjenta lub osoba upoważniona do dostępu do dokumentacji medycznej

**CZY DYREKTOR KLINIKI WYRAZIŁ ZGODĘ NA PRZESŁANIE DOKUMENTACJI ZA POŚREDNICTWEM ŚRODKÓW
KOMUNIKACJI ELEKTRONICZNEJ?**

(wypełnia pracownik InviMed przygotowujący dokumentację)

TAK

NIE

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(wypełnia pracownik InviMed)

Portal Pacjenta

adres e-mail, na który została udostępniona kopia dokumentacji medycznej:

.....
data i czytelny podpis pracownika udostępniającego dokumentację