

Data Miejscowość.....

**WNIOSEK O PRZESŁANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DROGĄ
ELEKTRONICZNĄ**

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

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**

W przypadku noworodka- numer PESEL matki, a w przypadku jego braku 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**)

*zaznaczyć właściwe

** wypełnić jeśli dotyczy

PESEL rodzica/opiekuna prawnego*

Rodzaj dokumentacji medycznej:

☐ historia choroby:

- Okres leczenia:
- nazwa oddziału / poradni / pracowni:

☐ inne

Wnioskuję o przesłanie dokumentacji medycznej na adres mailowy:

Numer telefonu, na który zostanie przesłane hasło

Dokonano weryfikacji tożsamości pacjenta

.....
Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek.....
Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

Dane osobowe będą przetwarzane przez Nowa Ortopedia sp. z o.o. ul. Oleska 97, 45-222 Opole w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajduje się na naszej stronie internetowej w Zakładce Dane Osobowe. Pełna treść klauzuli informacyjnej dla pacjenta znajduje się pod poniższym linkiem https://klinikasilesia.pl/wp-content/uploads/2024/07/Klauzula-informacyjna_PACJENCI.pdf lub w naszej Klinice.