

## WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane Pacjenta

Imię i nazwisko: .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 tel: .....

*W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL, proszę podać dane dokumentu potwierdzającego tożsamość.*

Rodzaj dokumentu: ..... numer: .....

Proszę o udostępnienie kopii następującej dokumentacji medycznej:

1. ....
2. ....
3. ....

### Wnioskowaną dokumentację:

proszę udostępnić na moim koncie w Zaufanym Portalu Pacjenta KRAJMED

*Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych medycznych w Internetowym Koncie Pacjenta Krajmed CM.*

*Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku związanym z udostępnieniem danych medycznych w aplikacji webowej. Jestem świadomy/-a tego, że osoby trzecie w wyniku działań niezgodnych z prawem mogą uzyskać dostęp do moich danych.*

odbiorę osobiście

proszę wysłać na adres e-mail\*: .....

proszę wysłać pocztą na adres\*: .....

w moim imieniu odbierze osoba upoważniona:

Niniejszym jednorazowo upoważniam

Pana/Panią .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do odbioru ww. dokumentacji medycznej.

\*W przypadku niezgodności ww. danych z danymi podanymi w karcie pacjenta udostępnienie dokumentacji zostanie wstrzymane do czasu wyjaśnienia niezgodności – Centrum Medyczne KRAJMED skontaktuje się z Państwem w tej sprawie.

.....  
data i czytelny podpis Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego

--- dotyczy odbioru osobistego -----

Kwituję odbiór ww. dokumentacji:

.....  
data i podpis

--- wypełnia pracownik Krajmed CM -----

Tożsamość osoby odbierającej została potwierdzona na podstawie:

Rodzaj dokumentu: ..... PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację