

**Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
W Mińsku Mazowieckim**

**WNIOSEK nr .....<sup>1</sup>**

o udostępnienie dokumentacji medycznej<sup>2</sup> dla osoby fizycznej w systemie informatycznym SPZOZ poprzez  
Portal Pacjenta

**1. Dane Wnioskodawcy:**

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL .....

Numer telefonu kontaktowego .....

**2. Dokumentacja medyczna dotyczy:<sup>3</sup>**

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL .....

**3. Adres poczty elektronicznej Wnioskodawcy:**

.....

(wypełnić drukowanymi literami)

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia poprzez wgląd do baz danych w zakresie  
ochrony zdrowia Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim.

Składający wniosek zobowiązuje się do przestrzegania Regulaminu korzystania z Portalu pacjenta SPZOZ  
w Mińsku Mazowieckim .

.....  
(podpis Wnioskodawcy)

<sup>1</sup> numer wniosku nadaje pracownik centralnej rejestracji

<sup>2</sup> do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

<sup>3</sup> wypełnić w wypadku, gdy Wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawy pacjenta lub z  
upoważnienia organu

Tożsamość osoby wnioskującej stwierdzono na podstawie:

..... Nr.....

.....  
(data i czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek)

Nadano uprawnienia dnia .....

.....  
(czytelny podpis pracownika nadającego uprawnienia)