

Mińsk Mazowiecki, dnia.....

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

WNIOSEK nr¹

o udostępnienie dokumentacji medycznej² dla osoby fizycznej w systemie informatycznym eZOZ poprzez Portal Pacjenta

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko

.....

Adres zamieszkania.....

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

Nr PESEL

Numer telefonu kontaktowego.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy³

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

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

Nr PESEL

3. Adres poczty elektronicznej⁴ Wnioskodawcy:

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

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 – Systemu Informatycznego e-ZOZ SPZOZ w Mińsku Mazowieckim.**

.....

(podpis wnioskodawcy)

¹ numer wniosku nadaje pracownik centralnej rejestracji

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

³ Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia organu

⁴ Wypełnić drukowanymi literami np. ADAM.W@WP.PL

Tożsamość osoby wnioskującej stwierdzono na podstawie :

.....nr
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

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

Nadano uprawnienia dnia.....

.....
(czytelny podpis pracownika
nadającego uprawnieni)