

....., dnia
(miasto)

WNIOSEK O PRZESŁANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZA POŚREDNICTWEM OPERATORA POCZTOWEGO*
(wypełnia Wnioskodawca)

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

Imię i nazwisko:

Numer PESEL **:

Adres korespondencyjny:

2. Dokumentacja medyczna dotyczy***:

Imię i nazwisko Pacjenta/Pacjentki:

Numer PESEL **:

3. Wnioskuje o przesłanie dokumentacji medycznej na powyższy adres korespondencyjny i na koszt Wnioskodawcy.

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

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

* wysyłka dokumentacji medycznej możliwa jest jedynie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej

** w przypadku braku – data urodzenia

*** wypełnić w przypadku, gdy Wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji medycznej, jako przedstawiciel ustawowy Pacjenta lub z upoważnienia Pacjenta

CZY DYREKTOR KLINIKI WYRAZIŁ ZGODĘ NA PRZESŁANIE DOKUMENTACJI ZA POŚREDNICTWEM OPERATORA POCZTOWEGO?

(wypełnia pracownik InviMed przygotowujący dokumentację)

☐ TAK

☐ NIE

POTWIERDZENIE WYSŁANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(wypełnia pracownik InviMed)

.....
data i czytelny podpis pracownika wysyłającego dokumentację