FORMMED
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k.
ul. Warszawska 197 D, Babice Nowe 05-082
nr tel.: 22 827 48 22, 22 350 47 05
NIP: 727 276 48 44, KRS: 0000360842
(pieczęć świadczeniodawcy)

Kierownik ds. Medycznych
w miejscu

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej (prosimy poniżej zaznaczyć rodzaj)

☐ ksero / odpisu / wyciągu ☐ zaświadczenia na potrzebę

…….....

☐ wyników badań laboratoryjnych ☐ wyników badań histopatologicznych

dotyczącej Pacjenta:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....

PESEL .....

Leczonego w okresie .....

.....

Deklarowany sposób odbioru dokumentacji:

☐ osobiście ☐ pocztą ☐ drogą mailową w zaszyfrowanym pliku

Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

Adres e-mail: .....

Rodzaj dokumentu tożsamości ..... seria i numer .....

Administratorem danych osobowych podanych we wniosku jest FORMMED Sp. z o. o., Sp.k., ul. Warszawska 197 D, 05-082Babice Nowe. Dane osobowe przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku o wydanie dokumentacji medycznej. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe, co wynika z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych zawarte są w Polityce prywatności dostępnej w siedzibie i na stronie www Administratora: https://formmed.com.pl/rodo-komunikat-25-05-2018/

.....
data i podpis Wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na wydanie mojej dokumentacji medycznej:
(dotyczy Pacjenta, który ukończył 16 lat a nie jest wnioskodawcą)

.....
data i podpis Pacjenta

OŚWIADCZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Oświadczam, że w dniu ....., odebrałam (-łem) kopię dokumentacji medycznej Pacjenta

.....

(imię i nazwisko)

……..
czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację

Liczba stron dokumentacji: ……