



WNIOSEK PACJENTA

o udzielenie/anulowanie udzielenia*

dostępu do elektronicznych danych kontrahentowi z wykorzystaniem portalu e-Szpital

Imię**:	
Nazwisko**:	
PESEL**:	
Rodzaj oraz nr dokumentu tożsamości**:	
Telefon:	
E-mail**:	

Oświadczam, iż upoważniam do przeglądu historii choroby i danych diagnostycznych następującego kontrahenta:

Nazwa kontrahenta**:	
NIP:	
E-mail**:	
Osoba kontaktowa**:	

1. Proszę o utworzenie konta i uzyskanie dostępu do elektronicznych danych pacjenta z wykorzystaniem portalu e-Szpital w Zagłębiowskim Szpitalu Klinicznym oraz udzielenie dostępu wskazanemu przeze mnie kontrahentowi.
2. Jednorazowe hasło proszę przesłać na podany adres poczty elektronicznej.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb portalu e-szpital oraz oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem korzystania portalu e-szpital.

TAK NIE

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis)

* odpowiednie podkreślić

** pola wymagane

.....

data i podpis osoby pobierającej i zatwierdzającej wniosek

data wygaśnięcia:

(wypełnić w przypadku anulowania upoważnienia)

