

	Grupa Penta Hospitals	Standard:
	IM/1/2026	Informacja Medyczna
	Udostępnianie dokumentacji medycznej	Data wydania: 10.04.2026
		Nr wydania 3

Dane osobowe - proszę wpisać DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL (OPCJONALNIE DATA URODZENIA)	
E-MAIL	
ADRES ZAMIESZKANIA	

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA (W PRZYPADKU PACJENTA MAŁOLETNIEGO ALBO UBEZWŁASNOWIONEGO)

IMIĘ I NAZWISKO	
E-MAIL	

WNIOSEK O PRZESŁANIE WYNIKÓW BADAŃ

☐ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ

☐ POCZTĄ - osoba wnioskująca ponosi koszty przesyłki i koperty. Wysokość opłaty określa Cennik Usług Medycznych EMC Instytut Medyczny S.A. dla Szpitala Św. Anny w Piasecznie.

W związku z brakiem możliwości odbioru wyników badania

.....
(należy podać nazwę badania)

przeprowadzonych dnia, W
(data badania) (miejsce przeprowadzania badania, jednostka organizacyjna)

Wyrażam zgodę na przesłanie wyników badań na wskazany wyżej adres e-mailowy/ korespondencyjny.

JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Wszelkiego rodzaju ryzyko związane z wysłaniem wyników badań drogą elektroniczną nie będzie obciążało EMC Piaseczno sp. z o.o., ul. Adama Mickiewicza 39, 05-500 Piaseczno.
2. Jestem świadomy(a) ryzyka, jakie niesie za sobą przesyłanie wyników badań drogą elektroniczną/ pocztą, a w szczególności tego, że sieć Internet nie zapewnia bezpieczeństwa przesyłania danych.

DATA, CZYTELNY PODPIS