

.....

Pieczęć placówki zgłaszającej (Zlecającego)

.....

Miejscowość data

Upoważnienie do korekty nr.....

Dotyczy poprawienia błędnych danych osobowych w bazie danych w systemie informatycznym Eskulap.

Niniejszym upoważniamy Zakład Patomorfologii w Koninie mieszczącą się w Koninie ul. Szpitalna 45 WSZ im. dr. Romana Ostrzyckiego do poprawienia błędnych danych osobowych w skierowaniu elektronicznym nr..... przetwarzanym w bazie danych w systemie informatycznym.

ERRATA.

Jest:

Imię i nazwisko

PESEL Data urodzenia Płeć:.....

Adres:.....

Kod pocztowy:.....Miejscowość:.....

Inne dane:.....

Winno być:

Imię i nazwisko.....

PESELData urodzenia..Płeć:.....

Adres:.....

Kod pocztowy:.....Miejscowość:.....

Inne dane:.....

Uzasadnienie wniosku poprawienia błędnych danych osobowych pacjenta w systemie

Laboratorium:.....

Niniejszym oświadczamy, że jest nam wiadome, że system informatyczny rejestruje i archiwizuje dane pierwotne i dane zmienione, wraz z datą zmiany i z informacją, kto tej zmiany dokonał.

.....

Data i podpis osoby prawnie
reprezentujących instytucję udzielającą

.....

Data i podpis osoby wnioskującej
o dokonanie poprawy danych