………….………………..

*(data, miejsce)*

……………………………..…

*(imię, nazwisko)*

………………………..………

*(adres miejsca zamieszkania)*

…………………………..……

*(pesel)*

WNIOSEK O DOSTĘP DO DANYCH OSOBOWYCH

(WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ)

do

administratora danych osobowych

………………………………………………………………………………..

(nazwa i adres placówki medycznej)

Realizując swoje prawo dostępu do przetwarzanych przez Państwa moich danych osobowych, na podstawie art. 15 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wnoszę o dostarczenie mi przetwarzanych przez Państwa kopii moich danych osobowych w postaci dokumentacji medycznej.

Uprzejmie proszę o:

- wydanie w ustawowym miesięcznym terminie bezpłatnej kopii pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu mojego leczenia w Państwa placówce w okresie od …………… do ………………., w tym kopii kompletnej dokumentacji medycznej indywidualnej (w tym w szczególności historii choroby, wyników badań diagnostycznych, opisów operacji, kart konsultacji medycznych, kart znieczulenia, płyt z zapisem badań obrazowych, opisów badań obrazowych, udzielonych zgód na zabiegi itp.) oraz odnoszących się do mojej osoby fragmentów dokumentacji zbiorczej (w tym kart obserwacji lekarskich i pielęgniarskich).

Proszę równocześnie, by kopia dokumentacji została sporządzona zgodnie z § 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, czyli by poszczególne strony w dokumentacji były ponumerowane i uporządkowane chronologicznie.

Proszę również o załączenie oświadczenia o kompletności udostępnionej dokumentacji.

Proszę o przekazanie mi dokumentacji:

…………………………………………………………………

*(należy wpisać jedną z trzech opcji: w formie papierowej na adres podany w nagłówku pisma listem poleconym; drogą mailową na adres: ………………………. lub dokumentację odbiorę osobiście).*

Własnoręczny i czytelny podpis pacjenta: ………………………………………………………..

*(imię i nazwisko)*