

....., dnia .....

(imię i nazwisko)

.....

(adres)

.....

(e-mail)

.....

(nr tel.)

Do

.....  
.....  
.....

### **WNIOSEK O DOSTĘP DO DANYCH OSOBOWYCH (WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI 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 bez zbędnej zwłoki, a najpóźniej w ustawowym miesięcznym terminie, bezpłatnej kopii pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu mojego leczenia w państwa placówce w okresie ....., w tym kopii kompletnej dokumentacji medycznej indywidualnej oraz odnoszącej się do mojej osoby dokumentacji zbiorczej.

Proszę równocześnie, by kopia dokumentacji została sporządzona zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 666 ze zm.) w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, czyli by poszczególne strony w dokumentacji były ponumerowane i w całości uporządkowane chronologicznie.

Proszę również o załączenie oświadczenia o kompletności udostępnionej dokumentacji.

Proszę o przekazanie mi dokumentacji w formie papierowej listem poleconym/drogą mailową, na adres do korespondencji wskazany w nagłówku niniejszego pisma.

.....  
Podpis