



Załącznik Nr 27/2018
do Polityki Bezpieczeństwa
Dyrektora Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA
w Poznaniu
z dnia 21.11.2018 r.

Wniosek wraz z potwierdzeniem o dostęp do danych osobowych/medycznych

Miejscowość, data

.....

Oznaczenie wnioskującego

.....

imię i nazwisko

.....

pesel

.....

adres do korespondencji

.....

nr telefonu kontaktowego

.....

Dyrektor Naczelny

SP ZOZ MSWiA
im. prof. L. Bierkowskiego
ul. Dojazd 34
60-631 Poznań

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 wydanie przetwarzanej przez Państwa kserokopii mojej dokumentacji medycznej z poradni/oddziału:

.....

Proszę o przekazanie informacji w następujący sposób:

- odbiór osobisty
- drogą elektroniczną:
- w formie papierowej na adres:

podpis wnioskodawcy

.....

Poznań, dnia.....

.....
czytelny podpis pracownika przygotowującego kserokopię dokumentacji medycznej

Kwituję odbiór kopii/wyciągu/odpisu¹ dokumentacji medycznej z poradni / oddziału

.....
data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

¹Zgodnie z proponowaną zmianą treści art. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: **wyciąg** to skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej, **odpis** to dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem. **kopia** to dokument wytworzony przez dokładne odwzorowanie treści i formy oryginału dokumentacji medycznej.