

VLOGA ZA PRIDOBITEV KOPIJE ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE

1. PODATKI O VLAGATELJU ZAHTEVE

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Naslov stalnega prebivališča: _____

Kontakt (telefon / e-pošta): _____

- pacient
- zakoniti zastopnik pacienta
- pooblaščenec pacienta
- na podlagi 42. člena Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP)
(ustrezno označite)

Če vlagatelj ni pacient:

Ime in priimek pacienta: _____

Datum rojstva pacienta: _____

Sorodstveno razmerje s pacientom (če se zahteva po 42. čl. ZPacP): _____

2. PODATKI O IZVAJALCU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Naziv zdravstvenega zavoda / izvajalca: _____

Organizacijska enota / ambulanta (če je znana): _____

3. PREDMET ZAHTEVE

Na podlagi 41. oz. 42. člena ZPacP vlagam zahtevo za:

- kopijo celotne zdravstvene dokumentacije
- kopijo dela zdravstvene dokumentacije

Vrsta dokumentacije (npr. ambulantni izvidi, specialistični izvidi, odpustna pisma ipd.):

Časovno obdobje, na katero se dokumentacija nanaša:

od _____ do _____

4. NAČIN PREJEMA KOPIJE

- osebni prevzem
- po pošti
- v elektronski obliki (če je mogoče)

5. IZJAVA

Izjavljam, da sem seznanjen/-a, da se zdravstvena dokumentacija obdeluje skladno z veljavno zakonodajo s področja varstva osebnih podatkov (GDPR, ZVOP-2) in da se kopija dokumentacije izda v zakonsko določenem roku (15 dni od prejema popolne vloge).

Kraj in datum: _____

Podpis vlagatelja: _____

Priloge:

- kopija osebnega dokumenta
- dokazilo o zakonitem zastopništvu ali pooblastilo
- dokazilo o sorodstvenem razmerju s pacientom (če se zahteva po 42. členu ZPacP)

POTRDILO PREJEMA VLOGE:

Datum prejema: _____

Vlogo prejel: _____

Vloga rešena dne: _____