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. členu 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_____

<u>Plačnik fotokopij in/ali zdravniškega potrdila je naročnik želene dokumentacije.</u>

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: _____