PSIHIJATRIJSKA BOLNICA UGLJAN
23275 UGLJAN • Centrala: (023) 208-200 • Ravnatelj: (023) 288-184 • Fax: (023) 288-183

_____
(ime i prezime podnositelja zahtjeva/srodstvo s pacijentom)

_____
(adresa)

_____
(poštanski broj i mjesto)

_____
(tel./mob.; e-mail adresa)

Zahtjev za izdavanje preslike medicinske dokumentacije

Molim da mi izdate presliku _____
(naziv dokumentacije: povijest bolesti/otpusno pismo)

u svezi liječenja _____, _____
(ime i prezime pacijenta) **(datum rođenja)**

koji/a se liječio/la u Psihijatrijskoj bolnici Ugljan na odjelu _____

(od/datum):_____ **(do/datum):**
_____

Molim da mi se tražena medicinska dokumentacija dostavi:

a) Putem elektroničke pošte
b) Preporučenom poštom na kućnu adresu
c) Osobnim preuzimanjem u Psihijatrijskoj bolnici Ugljan

NAPOMENA:
Uz zahtjev priložiti **presliku osobne iskaznice**, ukoliko je podnositelj zahtjeva pacijent, a ukoliko se radi o uvidu u medicinsku dokumentaciju bračnog druga, izvanbračnog druga, punoljetnog djeteta, roditelja, brata, sestre, zakonskog zastupnika ili skrbnika potrebno je navesti **osnovu na temelju koje se zahtijeva medicinska dokumentacija te dostaviti dokument koji dokazuje srodstvo** (rodni list, vjenčani list, rješenje centra za socijalnu skrb).

Zahtjevi se rješavaju u roku 15 dana od dana zaprimanja istih, a u slučaju da je potrebno dulje vrijeme za rješavanje, podnositelje zahtjeva se o tome telefonski/e-mailom obavještava uz navođenje novog roka za rješavanje zahtjeva koje ne može biti dulji od 30 dana od dana zaprimanja zahtjeva za izdavanje preslike medicinske dokumentacije.

Ovime dobrovoljno dajem privolu da se moji osobni podaci(ime i prezime, adresa: ulica i broj, poštanski broj i mjesto, e-mail adresa, tel/mob) koriste od strane Psihijatrijske bolnice Ugljan u svrhu izdavanja preslike medicinske dokumentacije po ovom zahtjevu sukladno čl. 23. i 24. Zakona o zaštiti prava pacijenata. Psihijatrijska bolnica Ugljan ne smije moje osobne podatke iz ove privole dostavljati trećima niti ih smije koristiti u druge svrhe osim i jedino u svrhu radi koje dajem ovu privolu.

U Ugljanu, _____

_____
(vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva

Ispunjava Psihijatrijska bolnica Ugljan

ODOBRENO ☐

NIJE ODOBRENO ☐

Objašnjenje:

Ugljan,

Potpis: