PRIVOLITEV IN POOBLASTILO ZA RAZKRIVANJE ZDRAVSTVENIH PODATKOV IN DOSTOP DO ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE

1. PODATKI O PACIENTU

Ime in priimek	
Naslov	
Datum rojstva	
ZZZS številka zavarovane osebe	

2. OSEBE, KI JIM DOVOLJUJEM RAZKRIVANJE

Dovoljujem, da Osnovno zdravstvo Gorenjske spodaj navedenim osebam na njihovo zahtevo razkrije oziroma sporoči podatke v označenem obsegu.

Ime in priimek	Razmerje do pacienta	Datum rojstva	Telefonska številka	Informacije o zdravstvenem stanju	Zdravstvena dokumentacija
				☐	☐
				☐	☐

3. OBSEG PRIVOLITVE

☐ Vse informacije o mojem zdravstvenem stanju in/ali vso zdravstveno dokumentacijo, ki se nanašajo na mojo preteklo in prihodnjo zdravstveno obravnavo pri tem izvajalcu.

☐ Samo konkretna zdravstvena oskrba (npr. določena obravnava – kratek opis):

_____

Morebitne omejitve:

_____

4. VELJAVNOST IN PREKLIC

☐ Privolitev velja do preklica. ☐ Privolitev velja do: _____

Pred razkritjem informacij o zdravstvenem stanju ali zdravstvene dokumentacije mora izvajalec ustrezno preveriti identiteto osebe, navedene v tej privolitvi.

Seznanjen/-a sem, da lahko privolitev kadarkoli prekličem ali spremenim. Preklic oziroma sprememba učinkuje za naprej od trenutka, ko je z njo seznanjen izvajalec zdravstvene dejavnosti.

Ta privolitev dovoljuje razkrivanje informacij o zdravstvenem stanju in/ali zdravstvene dokumentacije navedenim osebam. Ne predstavlja splošnega pooblastila za zastopanje pacienta ali odločanje o njegovi zdravstveni obravnavi.

5. PODPIS PACIENTA

Kraj in datum	Ime in priimek pacienta (čitljivo)	Podpis pacienta