ZAHTEVA ZA SEZNANITEV Z LASTNO ZDRAVSTVENO DOKUMENTACIJO

(41. člen Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP, Uradni list RS, št. 15/08, s spremembami)

1. PODATKI O IZVAJALCU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI, PRI KATEREM SE VLAGA ZAHTEVA

Naziv izvajalca	Osnovno zdravstvo Gorenjske
Zdravnik in organizacijska enota (zdravstveni dom), kjer se vodi dokumentacija	

2. VAŠI PODATKI (PODATKI O PACIENTU)

Ime in priimek	
Naslov	
Rojstni datum	
Telefon (priporočljivo, vendar neobvezno)	
E-pošta (priporočljivo, vendar neobvezno)	
Podatki o morebitnem zastopniku ali pooblaščencu (ime in priimek, kontaktni podatki; priložite pooblastilo)	

3. PREDMET ZAHTEVE

Predmet zahteve je naslednja zdravstvena dokumentacija (navedite dokumentacijo čim bolj določno: vrsto, obdobje, datum obravnave, ambulanto)	

4. NAČIN SEZNANITVE

Prosim, da mi seznanitev omogočite v naslednji obliki (ustrezno označite)	☐ Kopiranje zdravstvene dokumentacije ☐ Vpogled v zdravstveno dokumentacijo ob prisotnosti zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca oz. zdravstvenega sodelavca

5. OBVEŠČANJE IN PREVZEM

Dokumentacijo želim prevzeti (ustrezno označite)	☐ osebno pri izvajalcu ☐ po pošti na zgoraj navedeni naslov ☐ v elektronski obliki na varen način
O načinu in terminu seznanitve oziroma prevzema me obvestite na (ustrezno označite in dopolnite)	☐ Telefon (navedite podatek v 2. točki) ☐ E-pošta (navedite podatek v 2. točki)

6. DATUM IN PODPIS

Kraj in datum: _____	Podpis: _____

- Zahtevo izpolnite tako, da je mogoče zanesljivo ugotoviti, kdo zahtevo vlaga in na katero zdravstveno dokumentacijo se nanaša.
- Če zahtevo vlaga zastopnik ali pooblaščenec, se po potrebi priloži dokazilo o upravičenosti oziroma pooblastilo.
- Izvirna zdravstvena dokumentacija ostane pri izvajalcu; seznanitev se praviloma omogoči z vpogledom ali reprodukcijo.
- Pri elektronskem posredovanju se uporabi način, ki ustrezno varuje osebne podatke.

Priloge:

_____