

ZAHTEVA ZA VPOGLED OZ. IZDAJO ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE
Navodila za posredovanje zdravstvene dokumentacije



Splošna bolnišnica Trbovlje

»ZAHTEVA ZA VPOGLED OZ. IZDAJO ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE« ZA

Št. zad.: _____

IME IN PRIIMEK:

ROJEN:

 . .

STANUJOČ:

TEL. ŠT./EL. NASLOV
(neobvezno)

V primeru zahtevka s strani tretje osebe (pooblaščenec/zak. zastopnik/zavarovalnice...) je potrebno izpolniti tudi drugo stran obrazca!!!

Naprošam za dokumentacijo (npr. izvid, odpustno pismo... za pregled dne... na oddelku...):

Dne:

Podpis:

ZDRAVSTVENA DOKUMENTACIJA

Št.	Naziv dokumenta	Dat. dokum.
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Uradna oseba:
oz. oseba, ki izda kopije

Podpis
izdajatelja:

Potrdujem, da sem dne:

prejel/a kopije dokumentacije:

(podpis)

POOBLASTILO/ZAKONITI ZASTOPNIK/UPRAVIČENEC PO ZAKONU

IME IN PRIIMEK
POOB./ZAK. ZAST.

V imenu pacienta
vpogledal/zaprosil dokumentacijo
na podlagi (obkroži):

Ime, priimek

- A) ZAKONITI ZASTOPNIK: _____ (starš/skrbnik...)
B) POOBLASTILO (potrebno priložiti k temu dokumentu)
C) IZJAVE PACIENTA (oseba navedena v zdravstveni dokumentaciji pacienta)
D) ZAKONA: _____ (zavarovalnica, policija, drug organ...)

DATUM POOB./IZJAVE
(v zdravstveni dokumentaciji pacienta)

NASLOV ZA POŠILJANJE
(če je drugačno od naslova pacienta)

TEL. ŠT. POOB./ZAK. ZAST.

OBVEZNO PRILOŽITI POOBLASTILO!!!

OPOMBE
