

Podaci pacijenta koji daje privolu:

Ime i prezime: _____

OIB: _____

PRIVOLA
na dijeljenje osobnih podataka i/ili
podataka iz medicinske dokumentacije

Dajem privolu da Klinika za psihijatriju Vrapče dijeli moje osobne podatke/podatke iz medicinske dokumentacije sljedećoj osobi/instituciji:

Osobni podaci, medicinska dokumentacija za koju dajem privolu da se dijeli:

Eventualna ograničenje u dijeljenju osobnih podataka/podataka iz medicinske dokumentacije:

Ostale napomene:

Zaposlenik Bolnice ili druga osoba koja upoznaje pacijenta o dijeljenju njegovih osobnih podataka/podataka iz medicinske dokumentacije dužna je pacijenta upoznati sa svim okolnostima konkretne situacije za koju pacijent daje privolu te sa pravnim propisima o zaštiti osobnih podataka i zaštiti pacijenata koji su relevantni u konkretnom predmetu. Pacijent može dati privolu samo za konkretne situacije dijeljenja osobnih podataka, a ne za općenito dijeljenje osobnih podataka.

Molimo Vas da dostavite presliku vlastite osobne iskaznice kako biste dokazali svoj identitet.

Sve dostavljene preslike osobnih iskaznica služe isključivo za dokazivanje identiteta te će se uništiti nakon uvida zaposlenika Bolnice kako ne bi došlo do prekomjerne obrade osobnih podataka.

Datum: _____

Vlastoručni potpis