

Podaci podnosioca Zahtjeva:

Ime i prezime: _____

OIB: _____

Adresa stanovanja: _____

Kontakt telefon: _____

ZAHTJEV

Molim da mi se dostavi preslika medicinske dokumentacije.

A. Tražim presliku svoje osobne medicinske dokumentaciju

B. Tražim presliku medicinske dokumentacije druge osobe

Ime i prezime pacijenta: _____

OIB pacijenta: _____

Vrijeme boravka u Bolnici: _____

Razlog zbog kojeg mi je potrebna preslika medicinske dokumentacije te ostale napomene:

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

Ako tražite presliku medicinske dokumentacije druge osobe te ako je pravna osnova za isto privola te druge osobe, molimo Vas da dostavite ispunjeni Obrazac A1 zajedno sa preslikom osobne iskaznice te osobe.

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