

DOM ZDRAVLJA PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE	MEDICINSKA DOKUMENTACIJA
ZAHTJEV ZA IZDAVANJE PRESLIKE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE	Oznaka dok.: DZ PGŽ-MD1 Datum: 19.12.17. Izdanje: 1 Str.: 1/1

PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA:

_____ (ime i prezime)

_____ (ulica i broj)

_____ (poštanski broj i mjesto)

_____ (OIB)

_____ (kontakt: e-mail, tel / mob)

Dom zdravlja
Primorsko-goranske županije
Služba kontrole kvalitete i razvoja
Odjel razvoja i informacijsko-
dokumentacijskih poslova
Krešimirova 52a
51000 Rijeka
E: info@domzdravlja-pgz.hr

Molim Vas da mi izdate _____
(navesti naziv dokumenta čija preslika se traži)

u svezi liječenja _____ **rođen/a** _____
(ime i prezime pacijenta) (datum rođenja)

koji/a se liječio/la u DZ PGŽ kod _____
(prezime liječnika ili odjel / djelatnost)

u razdoblju od _____ **do** _____ .
(datum) (datum)

Preslika medicinske dokumentacije mi je potrebna u svrhu _____

U Rijeci, _____
(datum) (potpis podnositelja zahtjeva)

NAPOMENA:

Uz zahtjev priložiti presliku osobne iskaznice, a ukoliko se radi o uvidu u medicinsku dokumentaciju bračnog druga, izvanbračnog druga, punoljetnog djeteta, roditelja, brata, sestre ili zakonskog zastupnika potreban je dokument koji dokazuje ovlaštenje (punomoć, rješenje centra za socijalnu skrb ili sl.).

(ispunjava DZ PGŽ)

<input type="checkbox"/> ODOBRENO	_____ (potpis) U Rijeci, _____
<input type="checkbox"/> NIJE ODOBRENO (objašnjenje):	
Dokumentacija preuzeta: <input type="checkbox"/> osobno <input type="checkbox"/> poštom <input type="checkbox"/> emailom	

Pacijent i osoba/e koju/e je pacijent ovlastio imaju pravo na pristup cjelokupnoj medicinskoj dokumentaciji koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti. U slučaju **smrti pacijenta**, ako to pacijent za života nije izrijekom zabranio, pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju ima bračni drug pacijenta, izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, brat ili sestra te zakonski zastupnik odnosno skrbnik pacijenta.