
(ime i prezime podnositelja zahtjeva)

(adresa, ulica i broj)

(poštanski broj i mjesto)

(e-mail adresa)

Tel/mob: _____

OPĆA BOLNICA ŠIBENSKO-KNINSKE ŽUPANIJE
Stjepana Radića 83
22000 Šibenik

PREDMET: Zahtjev za izdavanje preslike medicinske dokumentacije

Molim da mi izdate

(naziv dokumentacije čija se preslika traži)

u svezi liječenja _____

(ime i prezime pacijenta)

rođenog:

(datum rođenja)

liječenog u Općoj bolnici Šibensko-kninske županije na odjelu

(naziv ustrojstvene jedinice – odjela)

od (datum): _____ do (datuma): _____

Molim da mi se tražena medicinska dokumentacija dostavi (zaokružiti):

- a) poštom
- b) osobnim preuzimanjem na urudžbenom zapisniku Opće bolnice Šibensko-kninske županije

(ukoliko podnositelja zahtjeva nije ujedno i pacijent za kojeg se traži medicinska dokumentacija potrebno je navesti osnovu na temelju koje zahtijeva medicinsku dokumentaciju npr. zakonski zastupnik, skrbnik, opunomoćenik, nakon smrti pacijenta bračni drug, izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik odnosno skrbnik pacijenta)

Ovime dobrovoljno dajem privolu da se moji osobni podaci (ime i prezime, adresa: ulica i broj, poštanski broj i mjesto, e-mail adresa, tel/mob) koriste od strane Opće bolnice Šibensko-kninske županije u svrhu izdavanja preslike medicinske dokumentacije po ovom zahtjevu. Opća bolnica Šibensko-kninske županije ne smije moje osobne podatke iz ove privole dostavljati trećima niti ih smije koristiti u druge svrhe osim i jedino u svrhu radi koje dajem ovu privolu.

U _____, _____ 20____. godine

(vlastoručni potpis)

Dokumenti koje je potrebno priložiti uz zahtjev:

- 1) Uz zahtjev podnositelj zahtjeva-pacijent prilaže **presliku svoje osobne iskaznice**.
- 2) Ukoliko podnositelj zahtjeva nije ujedno i pacijent za kojeg se traži medicinska dokumentacija potrebno je uz **presliku osobne iskaznice podnositelja zahtjeva i osobne iskaznice pacijenta** (osim u slučaju kada se preslika medicinske dokumentacije traži na temelju članka 24. zakona o zaštiti prava pacijenata (N.N. 169/04 i 37/08), priložiti i **dokaz o osnovi** na temelju koje se zahtijeva medicinska dokumentacija (dokaz o srodstvu/rodni list ili izvadak iz matice rođenih ili umrlih, vjenčani list, punomoć, odluka nadležnog tijela...)

ispunjava Opća bolnica Šibensko-kninske županije

<ul style="list-style-type: none">• ODOBRENO• NIJE ODOBRENO	<p>_____ (potpis)</p> <p>U Šibeniku, _____ godine</p>
--	---

Podnositelje zahtjeva upućujemo da izvrše uvid u odredbe članka 23. i 24. Zakona o zaštiti prava pacijenata (N.N. 169/04 i 37/08):

Pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji

Članak 23.

Pacijent ima pravo na pristup cjelokupnoj medicinskoj dokumentaciji koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti.

Pacijent ima pravo o svome trošku zahtijevati presliku medicinske dokumentacije iz stavka 1. ovoga članka. Medicinska dokumentacija koja se uručuje pacijentu po završenom liječničkom pregledu, odnosno po završenom liječenju propisuje se posebnim zakonom kojim se uređuju vrste i sadržaj te način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom.

Članak 24.

U slučaju smrti pacijenta, ako to pacijent nije za života izrijekom zabranio, pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju iz članka 23. stavka 1. ovoga Zakona ima bračni drug pacijenta, izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik, odnosno skrbnik pacijenta.

Osobe iz stavka 1. ovoga članka imaju pravo o svom trošku zahtijevati presliku medicinske dokumentacije iz stavka 1. ovoga članka.

Protivljenje uvidu u medicinsku dokumentaciju prema stavku 1. ovoga članka pacijent daje pisanom izjavom solemniziranom od javnog bilježnika.