**KBC Sestre milosrdnice**

 **Sektor pravnih, kadrovskih i općih poslova**

 Vinogradska cesta 29

 10 000 Zagreb

|  |  |
| --- | --- |
|  **PODACI PODNOSITELJA ZAHTJEVA:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ime i prezime)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (adresa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(datum rođenja)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (OIB)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (kontakt i e-mail adresa) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 KBC SM u razdoblju od\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na Klinici/Zavodu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Zagreb,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (datum) (potpis podnositelja zahtjeva)*(ispunjava KBC Sestre milosrdnice)*

|  |  |
| --- | --- |
|  **ZAHTJEV ODOBREN: DA NE** | *(potpis)*U Zagrebu,  |
|  **Razlog odbijanja zahtjeva:** |
|  |

**PREPORUKA ZA** **PODNOSITELJA ZAHTJEVA***Uz zahtjev priložiti presliku svoje osobne iskaznice. Pacijent i osoba/e koju/e je pacijent pisano opunomoćio imaju pravo na pristup cjelokupnoj medicinskoj dokumentaciji koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti uz presliku osobne iskaznice. 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 uz dokaz o srodstvu (rodni list, vjenčani list, dokaz o skrbništvu…).* |
|  |