**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…).* |
|  |