



Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

Vinogradska cesta 29, 10000 Zagreb

Tel.: 01 37 87 101 Fax.: 01 37 87 102 E-mail: kbcsm@kbcsm.hr www.kbcsm.hr OIB: 84924656517

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE PRESLIKE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE

PODACI O PACIJENTU

Ime i prezime:.....

MBO/OIB:.....

Moli se izdavanje preslike:

.....
.....
.....

(naziv dokumentacije, datum i/ili godina pregleda/hospitalizacije, klinika/klinički zavod /zavod)

Ovaj zahtjev podnosim u skladu sa Zakonom o zaštiti prava pacijenata u svojstvu:

- pacijenta
- bračnog ili izvanbračnog druga pacijenta
- punoljetnog djeteta pacijenta
- roditelja pacijenta
- punoljetnog brata ili sestre pacijenta
- zakonskog zastupnika/skrbnika pacijenta
- punomoćnika

PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA (ako podnosite zahtjev u ime pacijenta)

Ime i prezime:.....

OIB:.....

Pružanje informacija

Molimo potvrdite način na koji želite zaprimiti odgovor na zahtjev za pristup podacima navodeći u nastavku. U slučaju da ne izvršite odabir, najprikladniji način odabrat će Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, kao voditelj obrade osobnih podataka.

- Osobno preuzimanje u Kliničkom bolničkom centru Sestre milosrdnice
(U upravnoj zgradi Vinogradska cesta 29, u prizemlju - urudžbeni zapisnik, uz obaveznu prethodnu najavu po povratnoj informaciji da su tražene preslike medicinske dokumentacije prikupljene, od 9:00 do 15:00 sati)
- Preporučenom poštom na kućnu adresu:
- Putem elektroničke pošte:.....



Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

Vinogradska cesta 29, 10000 Zagreb

Tel.: 01 37 87 101 Fax.: 01 37 87 102 E-mail: kbcsm@kbcsm.hr www.kbcsm.hr OIB: 84924656517

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA TREBA DOSTAVITI DOKAZE ZA SLJEDEĆE:

- a) Svojstvo ovlaštene osobe (bračni drug pacijenta, izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra, zakonski zastupnik, skrbnik, punomoćnik pacijenta)
- b) Podnositelj zahtjeva koji proizlazi iz smrti pacijenta treba navesti i dokazati o kakvom zahtjevu se radi, a pružit će mu se samo informacije koje su relevantne za zahtjev.

Imajte na umu da Vaš zahtjev neće biti obrađen ako ne primimo i ne potvrdimo primjerenu identifikaciju podnosioca zahtjeva. Molimo Vas da ne dostavljate preslike osobne iskaznice ili putovnice (e-mail, pošta).

Izdavanje prve preslike medicinske dokumentacije ne naplaćuje se, a izdavanje daljnjih preslika naplaćuje se sukladno važećem cjeniku KBC-a u iznosu od 0,25 Eura po stranici.

IZJAVA

Potvrđujem da sam u svrhu pristupa podacima naveo/la točne podatke i svjestan/svjesna sam kako davanje neistinitih podataka o identitetu podliježe kaznenoj i materijalnoj odgovornosti.

Ime i prezime:.....

Potpis:.....

Datum:.....

Ispunjeni obrazac molimo vratiti na adresu:

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice
Vinogradska cesta 29
10 000 Zagreb

Ili na našu e-mail adresu: medicinska.dokumentacija@kbcsm.hr

Za informiranje o statusu Vašeg zahtjeva možete nas kontaktirati na prethodno navedenu adresu elektroničke pošte ili putem telefona radnim danom od 9:00 do 15:00 sati na broj: 01/ 3787 407.

Rok čuvanja zaprimljenog zahtjeva za ostvarenje prava ispitanika je 5 godina sukladno internim aktima KBC-a.

U ovom obrascu navedene osobne podatke obrađujemo u svrhu postupanja po zahtjevu. Za daljnje informacije o tome kako obrađujemo Vaše podatke, pogledajte našu obavijest o obradi podataka dostupnu na službenoj internetskoj stranici Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice (<https://www.kbcsm.hr/zastitapodataka/>).

S upitom o tome kako obrađujemo Vaše osobne podatke ili kako biste ostvarili prava na području zaštite podataka, možete nam se obratiti na e-mail zastita.podataka@kbcsm.hr, odnosno putem pošte na adresu Službenik za zaštitu podataka, KBC Sestre milosrdnice, Vinogradska cesta 29, 10000 Zagreb.