



DOM ZDRAVLJA DUBROVNIK
Dr. Ante Starčevića 1, 20000 Dubrovnik
tel: +385 20 641600, fax: +385 20 422122
info@dom-zdravlja-dubrovnik.hr
www.dom-zdravlja-dubrovnik.hr

**PRAVA PACIJENATA
MEDICINSKA
DOKUMENTACIJA**

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE
PRESLIKE MD**

Urudžbeni broj:

Vrijedi od :
18.11.2019.

Ime i prezime _____

OIB _____

Kontakt _____

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 DZ Dubrovnik kod _____
(prezime liječnika ili odjel / djelatnost)

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

Preslika medicinske dokumentacije mi je potrebna u svrhu

U Dubrovniku, _____
(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 Dom zdravlja Dubrovnik)

ODOBRENO

NIJE ODOBRENO (objašnjenje)

Dokumentaciju preuzeta

osobno **poštom** **e-mailom**

(potpis)

U Dubrovniku _____

Pacijent i osiba/e koju 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.