



## ZAHTEVA ZA POSREDOVANJE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE

Podpisani: \_\_\_\_\_

Rojen: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-pošta: \_\_\_\_\_

Izbrani zdravnik: \_\_\_\_\_

**želim, da se moja medicinska dokumentacija v obliki (označi):**

- zdravstveni karton,
- fotokopija zdravstvenega kartona,
- fotokopija specialističnih izvidov,
- fotokopija ostale zdravstvene dokumentacije,
- izpis elektronske kartoteke.

Na podlagi 41. člena Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08 s spremembami do 100/22 - ZNUZSZS) in Zakona o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 163/22) posreduje naslovniku:

Ime in priimek / podjetje / zavod: \_\_\_\_\_

- naslov: \_\_\_\_\_ pošta: \_\_\_\_\_
- e-pošta: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

*Plačnik fotokopij je naročnik zelene dokumentacije*