

Oznaka dok: DZVPŽ- MD-1
Datum:
Strana :1/1

**ZAHTEJ ZA IZDAVANJE PRESLIKE MEDICINSKE
DOKUMENTACIJE**

PODACI PODNOSITELJA ZAHTEJA:

(ime i prezime)

(adresa)

(datum rođenja)

(OIB)

(kontakt i e-mail adresa)

DOM ZDRAVLJA VIROVITIČKO-
PODRAVSKE ŽUPANIJE
Ljudevita Gaja 21, Virovitica
Služba za opće, pravne, kadrovske i
tehničke poslove
OIB: 02929760936
ŽIRO RAČUN: IBAN HR HR
65236100001102817614 Zagrebačka
banka
tel. 033/721-127 / fax: 721-198;
web. dom-zdravlja-vpz.hr // mail: dz-
virovitica.uprava@vt.t-com.hr

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 razdoblju od _____ do _____ kod izabranog liječnika

(mjesto i datum)
(ispunjava Dz Vpž)

(potpis podnositelja zahtjeva)

ZAHTEJEV ODOBREN: DA NE	
Razlog odbijanja zahtjeva:	_____ (potpis)
Dokumentacija preuzeta: 1. osobno 2. poštom 3. emailom	U Virovitici, _____

PREPORUKA ZA PODNOSITELJA ZAHTEJA

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...).