



POOBLASTILO ZA PREVZEM ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE

1. Podatki pooblastitelja (osebe, na katero se dokumentacija nanaša)

Ime in priimek:

Datum rojstva:

Naslov:

Kontaktna številka:

2. Podatki pooblaščenice osebe / zakonitega zastopnika

Ime in priimek:

Datum rojstva:

Naslov:

Kontaktna številka:

Razmerje do pooblastitelja (npr. zakonec, otrok, odvetnik):

3. Namen pooblastila

S tem pooblastilom dovoljujem zgoraj navedeni osebi, da v mojem imenu prevzame mojo osebno zdravstveno dokumentacijo oziroma pridobi vpogled vanjo.

4. Izjava in podpis

Zavedam se, da se bo dokumentacija izročila izključno pooblaščenici osebi ob predložitvi osebnega dokumenta in da je zaupnost podatkov zaščitena v skladu z zakonodajo o varstvu osebnih podatkov.

Priloga: fotokopija osebnega dokumenta (pacienta ali pooblaščenca)

Kraj in datum:

Podpis pooblastitelja:

Podpis pooblaščenca: