



OBRAZEC ZA VPOGLED ALI IZDAJO KOPIJE ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE

1. Podatki vlagatelja

Ime in priimek vlagatelja:

Naslov:

Datum rojstva:

Kontaktna številka / e-pošta:

V primeru zahtevka s strani tretje osebe (pooblaščenec/zakonit zastopnik/zavarovalnice...) je potrebno izpolniti tudi Obrazec: »Pooblastilo za prevzem/vpogled v zdravstveno dokumentacijo«.

2. Namen zahteve

- ☐ Vpogled v zdravstveno dokumentacijo
- ☐ Izdaja kopije zdravstvene dokumentacije
- ☐ Drugo (navedite): _____

3. Vrsta zahtevane dokumentacije

Napišite katero dokumentacijo bi želeli, npr. Protokol nujne medicinske pomoči in opredelite za katero obdobje.

4. Način prejema dokumentacije

- ☐ Osebni prevzem
- ☐ Po pošti na naslov vlagatelja
- ☐ Elektronsko (če je mogoče): _____

5. Izjava vlagatelja

Z zgornjim podpisom potrjujem, da so podatki točni in da sem upravičen/-a do zahteve za vpogled ali izdajo kopije zdravstvene dokumentacije. Seznanjen/-a sem, da lahko zavod zavrne zahtevo, če ta ni skladna z veljavno zakonodajo.

Datum: _____

Podpis vlagatelja: _____