



Ovlašćenje za izvod iz zdravstvene dokumentacije

Pacijent:

Prezime: _____ Ime: _____

Rođen: _____
dan/mesec/godina

Ovlašćeno treće lice:

Prezime: _____ Ime: _____

Adresa: _____
ulica i broj mesto poštanski broj država

Kontakt: _____
imejl telefon

Zdravstvena dokumentacija čije se izdavanje odobrava

konkretna vrsta i predmet evidencije (npr. na koje se oboljenje ili zdravstveni problem odnosi):

za vremenski period (ne kasnije od datuma podnošenja zahteva):

Od: _____ do: _____
dan/mesec/godina dan/mesec/godina

svrha zahteva (što više informacija navedete, to će vaš zahtev biti efikasnije obrađen):

Potvrđujem da gorepomenuto "ovlašćeno treće lice" može podneti zahtev za dobijanje navedene "zdravstvene dokumentacije čije se izdavanje odobrava" zdravstvenoj službi Pritvorskog objekta. Svestan sam da ovlašćenom trećem licu neće biti izdati nikakvi izvodi do okončanja konsultacija sa zavodskim lekarom, na osnovu kojih dajem pristanak.

Potpis pacijenta: _____ Datum: _____