



1. Podatki o izvajalcu zdravstvene dejavnosti, pri katerem se vlaga zahteva

Naziv in naslov izvajalca	ZDRAVSTVENI DOM OSNOVNO VARSTVO NOVA GORICA REJČEVA ULICA 4, 5000 NOVA GORICA
Zdravnik ali notranja organizacijska enota, kjer se vodi zdravstvena dokumentacija	

2. Vaši podatki (podatki o vložniku)

Ime in priimek	
Naslov (ulica, številka, poštna številka in kraj)	
Rojstni datum (po potrebi tudi ZZS številka, EMŠO ipd.)	
Telefon (priporočljivo toda neobvezno)	
E-pošta (priporočljivo toda neobvezno)	
Podatki o morebitnem zastopniku ali pooblaščenцу (ime in priimek, vrsta zastopanja ter kontaktni podatki; če gre za pooblaščenca, priložite pooblastilo)	

3. Predmet zahteve

<p>Opis zahtevane dokumentacije (ustrezno označite in dopolnite):</p> <p><input type="checkbox"/> prosim za reprodukcijo celotne zdravstvene dokumentacije, ki se nanaša name;</p> <p><input type="checkbox"/> prosim za reprodukcijo naslednje zdravstvene dokumentacije, ki se nanaša name:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

¹ POJASNILA

S to zahtevo se uveljavlja pravica do seznanitve z lastnimi osebnimi podatki po 41. členu Zakona o pacientovih pravicah (Ur. l. RS, št. 15/08);

Osebni prevzem in iznos izvirne zdravstvene dokumentacije ni dopusten;

Pošiljanje skenirane dokumentacije z nezavarovano e-pošto ni dopustno;

Rok za odločitev upravljavca je 5 delovnih dni od prejema zahteve;

Obrazec zahteve ni predpisan in zahteve ni treba obvezno vložiti na tem obrazcu;

Priporočamo, da zahtevo vložite s priporočeno poštno pošiljko;

Zoper zavrnitev ali molk je možna pritožba, ki se jo vložijo pri Informacijskem pooblaščenцу

Opis zahtevane dokumentacije, ko vložnik zahteva fotokopijo iz zdravstvene dokumentacije, ki ni njegova, npr. otroci/zakonci po pokojnih svojcih (ustrezno označite in dopolnite):

- prosim za reprodukcijo celotne zdravstvene dokumentacije, ki se nanaša na (ime priimek, naslov, rojstni datum, svojstvena vez)

.....
.....

- prosim za reprodukcijo naslednje zdravstvene dokumentacije, ki se nanaša na (ime priimek, naslov, rojstni datum, svojstvena vez) :

.....
.....
.....
.....

Dokumentacijo potrebujem za naslednji namen / zakoniti namen seznanitve/ izkazan pravni interes, ki se dokazuje s prilogo :

.....
.....
.....

Način seznanitve:

Prosim vas, da mi seznanitev zagotovite v naslednji obliki (označiti):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> osebni vpogled pri izvajalcu z možnostjo kopiranja | <input type="checkbox"/> fotokopije ali računalniški izpis |
| <input type="checkbox"/> elektronski zapis (CD /DVD) tistih delov dokumentacije , ki se izvorno nahaja v elektronski obliki | <input type="checkbox"/> drugo (po posebnem dogovoru):
.....
..... |

4. Datum in podpis

Datum:

Podpis:.....

Priloge k Zaposilu za seznanitev z zdravstveno dokumentacijo (fotokopija zavarovalne police, sklepa sodišča, rojstnega, poročnega lista, ipd):