



VLOGA ZA IZDAJO KOPIJ IZ ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE

Medilab d.o.o.
Vodovodna 100
1000 Ljubljana
www.medilab.si
info@medilab.si
01 589 46 80

Ime in priimek pacienta:		Naslov:	
Osebni dokument:			
Rojen:		Telefon:	
E-naslov			

Razmerje do pacienta (v primeru, da pacient ni prosilec): _____

Ime in priimek:		Naslov:	
Osebni dokument:			
Rojen:		Telefon:	
E-naslov			

Naročam kopije izvidov | slik (obkrožite) iz zdravstvene dokumentacije:

	Vrsta preiskave:	Datum:
1.		
2.		
3.		

Dokumentacija bo pripravljena v 5 delovnih dneh od vloženega zahtevka, če je izvid že spisan.
Naročnik kopij je plačnik zahtevane dokumentacije.

Kopije pripravil:	Izvid	Slike
Ime in priimek:		
Podpis:		
Datum:		

Kopije prevzel	Izvid	Slike
Ime in priimek:		
Podpis:		
Datum:		

Dovoljujem izvoz mojih / pacientovih podatkov v tretje države (zaradi pošiljanje prek elektronskih storitev: e-pošta, wetransfer, ipd... GDPR).

Kraj in datum: _____ Podpis: _____