

VLOGA ZA IZDAJO KOPIJ IZ ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE

Ime priimek pacienta: _____ Osebni dokument: _____

Rojen: _____

Naslov: _____

Telefon: _____ E-pošta: _____

ČE PROSILEC NI PACIENT

Razmerje do pacienta: _____

Ime priimek: _____ Osebni dokument: _____

Rojen: _____

Naslov: _____

Telefon: _____

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

	Vrsta preiskave	Datum
1.		
2.		
3.		

Dokumentacija bo pripravljena v 5 delovnih dneh od datuma vloženega zahtevka.

Plačnik kopij je naročnik zelene 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*.)

Datum, kraj _____ Podpis: _____