



Podpisani: \_\_\_\_\_

Rojen: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

izbrani zdravnik: \_\_\_\_\_

ambulanta: \_\_\_\_\_

**Kontakti:**

Telefon: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

**želim, da se moja medicinska dokumentacija POSREDUJE na spodnji naslov v obliki (označi):**

- zdravstveni karton,
- fotokopija zdravstvenega kartona,
- fotokopija specialističnih izvidov,
- fotokopija ostale zdravstvene dokumentacije,

Ime in priimek/podjetje/zavod: \_\_\_\_\_

naslov: \_\_\_\_\_

MDPŠ - ZDRAVNIK: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

*Plačnik fotokopij je naročnik zelene dokumentacije.*

Zdravstveni karton je last zdravstvenega zavoda, kar ureja 7. točka prvega odstavka 49. člena Zakona o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 86/04, 113/05, 51/07-ZUstS in 67/07; ZVOP-1) ter 2. člen Zakona o Informacijskem pooblaščenju (Uradni list RS št. 113/05 in 51/07-ZUstS).

Na podlagi 41. člena Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08), Zakona o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 94/07 – uradno prečiščeno besedilo) in Pravilnika o zaračunavanju stroškov pri izvrševanju pravice posameznika do seznanitve z lastnimi osebnimi podatki (Uradni list RS, št. 85/07) in Pravilnika o zdravniški tarifi (Uradni list RS, št. 54/95 s spremembami) posreduje naslovníku: