



Podpisani: _____

Rojen: _____

Naslov: _____

Osebni 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,

Naziv ustanove/zavoda: _____

☐ naslov: _____

☐ MDPŠ - ZDRAVNIK: _____

Podpis: _____

Datum: _____

Plačnik fotokopij je naročnik želene 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 naslovniku: