**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE PRESLIKE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ime i prezime podnositelja zahtjeva** *(velikim tiskanim slovima)* |  |
| **OIB** |  |
| **Adresa stanovanja** *(ulica, kućni broj, mjesto i poštanski broj)* |  |
| **Telefon / mobitel** |  |
| **Adresa elektroničke pošte** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Molim izdavanje** |  |
| *(navesti dokumentaciju za koju se traži preslika)* |
| **nastale liječenjem** |  |
| *(ime i prezime pacijenta, djevojačko prezime)* |
| **rođenog/ne** |  |
| *(datum rođenja)* |
| **koji/a se je liječio/la u** |  |
| *(navesti naziv Zavoda /Odjela gdje je provođeno liječenje)* |
| **u razdoblju od** |  |
| *(navesti vremensko razdoblje od-do)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ovaj zahtjev podnosim u skladu sa Zakonom o zaštiti prava pacijenata u svojstvu:** | * pacijenta |
| * bračnog / izvanbračnog druga pacijenta |
| * roditelja |
| * punoljetnog djeteta |
| * punoljetnog brata ili sestre |
| * zakonskog zastupnika / skrbnika |

|  |  |
| --- | --- |
| **Molim izdavanje navedene dokumentacije u obliku:** | * preslika u papirnatom obliku |
| * pohrani na CD |
| * pohrani na DVD |
| * skeniranog dokumenta pretvorenog u elektronski oblik |

|  |  |
| --- | --- |
| **Molim uručivanje / dostavu preslike:** | * osobno uručivanje |
| * dostava putem pošte |
| * dostava skeniranog dokumenta putem elektroničke pošte |

|  |  |
| --- | --- |
| **U Zagrebu, dana** |  |
| **Vlastoručni potpis** |  |

Svojim vlastoručnim potpisom na ovom zahtjevu dajem privolu da se moji osobni podaci, sadržani u zahtjevu, koriste od strane Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, u svrhu izdavanja preslike medicinske dokumentacije po ovom zahtjevu.

**DOKUMENTI KOJI SE PRILAŽU UZ ZAHTJEV ZA IZDAVANJE PRESLIKE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ukoliko zahtjev podnosi **osoba koja je bila** **pacijent**: | 1. **PRESLIKA VAŽEĆE OSOBNE ISKAZNICE** |
| Ukoliko zahtjev podnosi **osoba koja je po zakonu ovlaštena** zahtijevati presliku medicinske dokumentacije:  *(bračni drug pacijenta, izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik, odnosno, skrbnik pacijenta)* | 1. **PRESLIKA VAŽEĆE OSOBNE ISKAZNICE PODNOSITELJA ZAHTJEVA** |
| 1. **PRESLIKA VAŽEĆE OSOBNE ISKAZNICE PACIJENTA**   ako je isti posjeduje (obvezna je za umrlog pacijenta) |
| 1. **DOKAZ NA TEMELJU KOJEG SE ZAHTIJEVA MEDICINSKA DOKUMENTACIJA**   (dokaz o srodstvu / rodni list, izvadak iz matice rođenih ili umrlih, vjenčani list, punomoć, odluka nadležnog tijela itd.) |

|  |  |
| --- | --- |
| **NAČIN DOSTAVE ZAHTJEVA I POTREBNIH DOKUMENATA** | **predati osobno urudžbiranjem u Službi za opće, pravne i kadrovske poslove** |
| **poslati poštom na adresu: Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Mirogojska cesta 8, 10 000 Zagreb, Odjel za medicinsku dokumentaciju** |
| **poslati elektroničkom poštom na e-mail adresu:** [**ozmd@bfm.hr**](mailto:ozmd@bfm.hr) |

**NAPOMENA**: Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, u skladu sa čl. 23. st. 1. Zakona o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04 i 37/08), naplaćuje trošak preslikavanja medicinske dokumentacije, u skladu s cijenama koje su određene Odlukom koja je objavljena na mrežnoj stranici i oglasnoj ploči.

Zahtjevi se rješavaju **u roku od 15 radnih dana** od dana zaprimanja, a ukoliko je potrebno dulje vrijeme za rješavanje, podnositelji zahtjeva će o tome biti obaviješteni putem telefona, odnosno, putem elektroničke pošte, uz navođenje novog roka za rješavanje zahtjeva. Ukoliko je zahtjev nepotpun/neuredan, podnositelj se u roku od pet (5) radnih dana od dana zaprimanja zahtjeva poziva da predmetni dokument dopuni/uredi. Podnositelj zahtjeva se poziva na dopunu na isti način na koji je podnio zahtjev. Medicinska dokumentacija se izdaje podnositelju *Zahtjeva* nakon uplate troška i dostave dokaza o uplati.

**Podnositelje zahtjeva upućujemo na odredbe Zakona o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04 i 37/08)**: Medicinska dokumentacija koja se uručuje pacijentu po završenom liječničkom pregledu ili po završenom liječenju, propisuje se posebnim zakonom kojim se uređuju vrste i sadržaj te način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom. **U slučaju smrti pacijenta**, ako to pacijent nije za života izrijekom zabranio, pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju ima bračni drug pacijenta, izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik, odnosno, skrbnik pacijenta. Navedene osobe imaju pravo o svom trošku zahtijevati presliku medicinske dokumentacije.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ispunjava Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“** | |
| **Zahtjev za izdavanje preslike medicinske dokumentacije je:** | * **ODOBREN** |
| * **NIJE ODOBREN** |
| objašnjenje: |
| * **NEPOTPUN** |
| **U Zagrebu, dana** | **Potpis ovlaštene osobe:** |