	Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb	STRANICA:1/2
	MEDICINSKA DOKUMENTACIJA	OB-SMD2-1.1

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE PRESLIKE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE ILI IZRADE DIGITALNOG FORMATA SKENIRANJEM

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

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


Ovaj zahtjev podnosim u svojstvu:	<input type="checkbox"/> pacijenta
	<input type="checkbox"/> bračnog / izvanbračnog druga pacijenta
	<input type="checkbox"/> životnog / neformalnog životnog partnera pacijenta
	<input type="checkbox"/> roditelja
	<input type="checkbox"/> punoljetnog djeteta
	<input type="checkbox"/> punoljetnog brata ili sestre
	<input type="checkbox"/> zakonskog zastupnika / skrbnika

Molim izdavanje navedene dokumentacije u obliku:	<input type="checkbox"/> preslika u papirnatom obliku
	<input type="checkbox"/> pohrani na CD
	<input type="checkbox"/> pohrani na DVD
	<input type="checkbox"/> skeniranog dokumenta pretvorenog u elektronski oblik

Molim uručivanje / dostavu preslike:	<input type="checkbox"/> osobno uručivanje
	<input type="checkbox"/> dostava putem pošte
	<input type="checkbox"/> 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.

	Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb	STRANICA:2/2
	MEDICINSKA DOKUMENTACIJA	OB-SMD2-1.1

DOKUMENTI KOJI SE PRILAŽU UZ ZAHTJEV ZA IZDAVANJE PRESLIKE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE ILI IZRADE DIGITALNOG FORMATA SKENIRANJEM:

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: <i>(bračni drug pacijenta, izvanbračni drug, životni partner, neformalni životni partner, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik, odnosno, skrbnik pacijenta)</i>	1) PRESLIKA VAŽEĆE OSOBNE ISKAZNICE PODNOSITELJA ZAHTJEVA
	2) PRESLIKA VAŽEĆE OSOBNE ISKAZNICE PACIJENTA ako je isti posjeduje (obvezna je za umrlog pacijenta)
	3) 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	<input type="checkbox"/> predati osobno urudžbiranjem u Službi za opće, pravne i kadrovske poslove Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“
	<input type="checkbox"/> poslati poštom na adresu: Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Mirogojska cesta 8, 10 000 Zagreb, Odjel za medicinsku dokumentaciju
	<input type="checkbox"/> poslati elektroničkom poštom na e-mail adresu: ozmd@bfm.hr

NAPOMENA: Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, u skladu sa čl. 23. i 24. 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.
- **Zakona o životnom partnerstvu osoba istog spola (NN 92/14, 98/19):** Pravo na presliku medicinske dokumentacije, a temeljem odredbe članka 67. i 68. Zakona o životnom partnerstvu osoba istog spola, pripada i životnom partneru i neformalnom životnom partneru.

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:	<input type="checkbox"/> ODOBREN
	<input type="checkbox"/> NIJE ODOBREN objašnjenje:
	<input type="checkbox"/> NEPOTPUN
U Zagrebu, dana	Potpis ovlaštene osobe: