

- Ime i prezime podnositelja zahtjeva: _____
- OIB: _____ Broj osobne iskaznice: _____
- Srodstvo s djetetom <18 god. roditelj/skrbnik : _____
- Kontakt telefonski broj : _____
- E-mail adresa: _____
- Adresa podnositelja zahtjeva: _____

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež
 Ulica Ivana Kukuljevića 11
 10 000 Zagreb

Predmet: Zahtjev za izdavanje preslike medicinske dokumentacije

Ime i prezime djeteta/osobe za koju se izdaje med. dokumentacija: _____
 Datum rođenja djeteta/osobe za koju se izdaje med. dokumentacija: _____
 Vrsta dokumentacije (naziv dokumentacije čija se preslika traži, npr. : nalaz, otp.pismo): _____

Razdoblje liječenja (mjesec, godina, od-do) : _____

Liječnik: _____

Preslika medicinske dokumentacije se odnosi na liječenje na sljedećem odjelu (**obavezno zaokružiti 1, 2 ili 3**) :

1. Stacionarno liječenje na bolničkom odjelu
2. Dnevnoj bolnici
3. Ambulantno liječenje ili dijagnostika u SKZZ odjelu (poliklinici)

Svrha: _____

Način dostave dokumentacije uz točno navedene podatke (**obavezno zaokružiti 1 ili 2**):

1. Osobno preuzimanje u Prijemnoj ambulanti (na adresi Dom zdravlja Zagreb Centar, Kruge 44, 10 000 Zagreb).
2. Redovnom poštom s povratnicom na adresu:

Ukoliko skrbnik podnosi zahtjev obavezan je dostaviti Rješenje o stavljanju pod skrbništvo koje izdaje nadležni Centar za socijalnu skrb.

Potpisom dolje potvrđujem da imam pravno pravo dobiti dokumentaciju koju sam zatražio/la.

Datum: _____

 (potpis podnositelja zahtjeva)

Odobrio/la izdavanje nalaza: _____

