



INSTITUT ZA ONKOLOGIJU VOJVODINE

Sremska Kamenica, Srbija

Broj:

Datum:

OBRAZAC

ZA UVID PACIJENTA/ZAKONSKOG ZASTUPNIKA/STARATELJA PACIJENTA U MEDICINSKU DOKUMENTACIJU

ORGANIZACIONA JEDINICA: _____

ORDINIRAJUĆI LEKAR: _____

U skladu sa članom 36. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Sl. glasnik RS" br. 107/05) molim da mi se omogući uvid u medicinsku dokumentaciju (zaokružiti):

1. Sopstvenu
2. Maloletnog deteta _____
(Zaokružuju samo roditelji, staraoci ili zakonski zastupnici)
3. Osobe, čiji sam staratelj/zakonski zastupnik

Uvid u medicinsku dokumentaciju mi je potreban iz sledećih razloga (pacijent nije u obavezi da navede razlog):

Uz obrazac prilažem (zaokružiti):

1. Ličnu kartu (fotokopija)
2. Putnu ispravu (fotokopija)
3. Dokaz o starateljstvu/zakonskom zastupanju (fotokopija)

NAPOMENA: Uvid u medicinsku dokumentaciju se može izvršiti samo uz prisustvo ordinirajućeg lekara, koji će zabeležku o tome napisati u Obrazac Zabeleška o uvidu u zdravstvenu dokumentaciju

PODNOŠILAC ZAHTEVA

(potpis)

Ime i prezime: _____

Broj lične karte: _____

Adresa: _____

Telefon: _____