



INSTITUT ZA ONKOLOGIJU VOJVODINE
Sremska Kamenica, Srbija

Broj:

Datum:

OBRAZAC
ZA IZDAVANJE DUPLIKATA DOKUMENTA MEDICINSKE DOKUMENTACIJE

Podnosim zahtev za izdavanje duplikata dokumenta medicinske dokumentacije:

(mora se navesti tačan naziv dokumenta i datum kontakta na kojem je dokument načinjen, te podatke prilikom predaje Obrasca kontroliše Glavna sestra/Tehnički sekretar Instituta)

za lice:

Ime i prezime: _____
JMBG: _____

Razlog zahteva za izdavanje duplikata dokumenta medicinske dokumentacije:

(podnosilac zahteva nije u obavezi da navede razlog, osim kada se radi o izdavanju duplikata dokumenta medicinske dokumentacije za umrlog pacijenta)

Ukoliko lice ne podnosi zahtev za duplikat dokumenta sopstvene medicinske dokumentacije, mora se uneti svojstvo sa pacijentom.

Svojstvo (zaokružiti):

1. Član uže porodice
2. Zakonski zastupnik
3. Drugo: _____

Uz obrazac prilažem (zaokružiti):

1. Dokaz o starateljstvu/zakonskom zastupanju (fotokopija)
2. Drugo: _____

PODNOŠILAC ZAHTEVA:

(potpis)

Ime i prezime: _____

Broj lične karte: _____

Adresa: _____

Telefon: _____