

**Privolitev oziroma prepoved obdelave osebnih podatkov
sporočanja informacij o zdravstvenem stanju**

PODATKOVNI DEL

Podatki o pacientu/nalepka			
Priimek in ime:			
Datum in kraj rojstva:			
Prebivališče:			
ZZSZ številka zavarovane osebe:			
Pacient je prejel kopijo (ustrezno označi):	Da ☐	Ne ☐	
Posebne zahteve (na primer drugačen jezik / drugačna komunikacijska metoda):			
Odgovorni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki daje pojasnilo:			

Podatki o izvajalcu zdravstvenih storitev	
Naziv izvajalca:	
Organizacijska enota:	
Naslov:	
Telefon:	

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		

B. IZJAVA VEZANA NA KONKRETEN MEDICINSKI POSEG OZIROMA ZDRAVSTVENO OSKRBO
--

1. Zdravstveni poseg oziroma zdravstvena oskrba (kratek opis):

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		
kontaktni podatki:		

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		
kontaktni podatki:		

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		
kontaktni podatki:		

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		

OSEBNO IME:		OPOMBE:
razmerje do pacienta:		

C. DOVOLJUJEM OBDELAVO MOJIH ZDRAVSTVENIH IN DRUGIH OSEBNIH PODATKOV

Za potrebe zdravstvene oskrbe:	Vrsta obdelave (opis):	Osebni podatki oz.dokumentacija, ki se obdeluje:	DA ☐
			NE ☐
Za potrebe izven zdravstvene oskrbe:		Osebni podatki oz.dokumentacija, ki se obdeluje:	DA ☐
			NE ☐

D. PRIVOLITEV PACIENTA:

PODPIS PACIENTA:

DATUM IN URA: