

Priloga: Obrazec št. 1

Pisno pooblastilo zastopniku/zastopnici pravic na področju duševnega zdravja

## PISNO POOBLASTILO ZA ZASTOPNIKA

Zaporedna številka pisnega pooblastila: \_\_\_\_\_

### **PODATKI O ZASTOPANI OSEBI**

Ime in priimek osebe: \_\_\_\_\_

Datum rojstva osebe: \_\_\_\_\_

Naslov bivališča in pošta: \_\_\_\_\_

Najbližja oseba: \_\_\_\_\_

Zakoniti zastopnik: \_\_\_\_\_

Odvetnik (ime in priimek in sedež): \_\_\_\_\_

### **PODATKI O ZASTOPNIKU**

Ime in priimek zastopnika : \_\_\_\_\_

Sedež zastopnika: \_\_\_\_\_

Telefon ( stacionarna / mobitel): \_\_\_\_\_

Vsebina in obseg pooblastila

Podpisani(a) izjavljam, da dovolim posredovanje osebnih podatkov in informacij o zdravstvenem stanju za potrebe zastopanja.

Podpis zastopane osebe ali zakonitega zastopnika: \_\_\_\_\_

Seznanjen(a) sem tudi s pravico, da lahko svoje pooblastilo zastopniku kadarkoli in na kakršenkoli način prekličem.

Datum in ura : \_\_\_\_\_

Podpis zastopane osebe ali zakonitega zastopnika: \_\_\_\_\_

Priloga: Obrazec št. 2

Ime in priimek zastopnika: \_\_\_\_\_

Sedež zastopnika: \_\_\_\_\_

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

## DNEVNIK ZASTOPNIKA O OBRAVNAVI OSEBE

**PODATKI O OSEBI** Zaporedna številka pisnega pooblastila: \_\_\_\_\_

IME IN PRIIMEK: \_\_\_\_\_ SPOL: M Ž

ROJSTNI DATUM: \_\_\_\_\_

EMŠO: \_\_\_\_\_

NASLOV /STALNI: \_\_\_\_\_

NASLOV/ ZAČASNI: \_\_\_\_\_

ALI DEJANSKO BIVALIŠČE OSEBE: \_\_\_\_\_

ZAPOSLOTEV: NE  
DA, kje \_\_\_\_\_

NAJBLIŽJA OSEBA ALI ZAKONITI ZASTOPNIK (v primeru odvzete opravilne sposobnosti) : \_\_\_\_\_

OSEBNI ZDRAVNIK : \_\_\_\_\_

AMBULANTNI PSIHIATER: \_\_\_\_\_

CENTER ZA SOCIALNO DELO PRISTOJEN ZA OBRAVNAVO V SKUPNOSTI:

**Vrste nalog, ki jih je zastopnik opravil:**

**Vrste domnevnih kršitev pravic oseb, ki jih je obravnaval:**

--

**Datum prejema obvestila o domnevni kršitvi pravic osebe:**

--

**Datum in način rešitve oziroma izvedbe nalog:**

--

**Poročilo o opravljenih storitvah za osebo:**

Delo v pisarni	Delo na terenu	Skupno število opravljenih kilometrov

**Število opravljenih kilometrov:**

Datum obiska	Relacija	Število opravljenih kilometrov

Podpis osebe: \_\_\_\_\_ Podpis zastopnika: \_\_\_\_\_

Kraj in datum: \_\_\_\_\_ Kraj in datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_