

Zahtjev za izdavanje preslike medicinske dokumentacije

(prezime i ime)

(ulica i broj)

(pošt.broj i mjesto)

(OIB)

(tel. ili mob.)

Dom zdravlja Sisačko-moslavačke županije
Kralja Tomislava 1
44 000 Sisak

Predmet: Zahtjev za izdavanje preslike medicinske dokumentacije

za _____

(ime i prezime pacijenta, adresa, OIB)

Molim da mi izdate _____

(navesti dokumentaciju čija preslika se traži)

a u svezi liječenja _____

(ime i prezime pacijenta)

_____ rođ. _____

(tijelo koje podnosi zahtjev, opunomoćenik i srodstvo)

koji/a se liječio/la u timu liječnika _____

od _____ do _____.

Preslika medicinske dokumentacije mi je potrebna u svrhu:

_____.

Datum i mjesto podnošenja zahtjeva

(potpis podnositelja zahtjeva)