|  |  |
| --- | --- |
|  | Spinčićeva 1 Telefon: (021) 556 - 111  21000 Split Telefax: (021) 389 - 563  HRVATSKA E-mail: office@kbsplit.hr  OIB: 51401063283 |

|  |
| --- |
| **ZAHTJEV ZA IZDAVANJEM PRESLIKA MEDICINSKE DOKUMENTACIJE** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ime i prezime podnositelja zahtjeva

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ulica i broj poštanski broj i mjesto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail adresa kontakt telefon/mobitel

Molim Vas da mi za \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ime i prezime pacijenta

rođ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

datum rođenja OIB MBO

koji/a se liječilo/la u KBC-u Split na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

naziv klinike /zavoda /odjela

od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

trajanje bolničkog liječenja

izdate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

navesti dokumentaciju čija preslika se traži

*Ukoliko* ***podnositelj zahtjeva nije ujedno i pacijent*** *za kojeg se traži medicinska dokumentacija* ***potrebno je navesti osnovu na temelju koje zahtijeva medicinsku dokumentaciju*** *npr. zakonski zastupnik, skrbnik, opunomoćenik, nakon smrti pacijenta bračni drug, izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik odnosno skrbnik pacijenta*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Molim da mi se preslika medicinske dokumentacije dostavi (zaokružiti):**

1. Na kućnu adresu: a) redovnom poštom

b) preporučenom poštom

*(ukoliko odaberete dostavu poštom, molimo Vas da u zaglavlju zahtjeva navedete e-mail adresu na koju*

*ćemo Vam dostaviti račun)*

1. Osobno ću preuzeti u KBC-u Split

Ovime dobrovoljno dajem privolu da se moji osobni podatci (ime i prezime, adresa: ulica i broj, poštanski broj i mjesto, email adresa, tel/mob) koriste od strane Kliničkog bolničkog centra Split u svrhu izdavanja preslike medicinske dokumentacije po ovom zahtjevu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(datum podnošenja zahtjeva) (vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

**Uz popunjen i vlastoručno potpisan zahtjev, potrebno je priložiti sljedeću dokumentaciju**:

* U slučaju kada Podnositelj zahtjeva traži presliku vlastite medicinske dokumentacije uz zahtjev je potrebno priložiti **presliku osobne iskaznice/ putovnice**.
* U slučaju kada Podnositelj zahtjeva traži presliku medicinske dokumentacije za drugu fizičku osobu uz zahtjev je potrebno priložiti **vlastoručno potpisanu punomoć** kojom ga predmetna osoba ovlašćuje da u njeno ime zatraži i preuzme njenu med. dokumentaciju (punomoć ne mora biti ovjerena kod javnog bilježnika) kao i **presliku osobne iskaznice podnositelja zahtjeva i osobe čija se dokumentacija traži**.
* U slučaju kada Podnositelj zahtjeva traži presliku medicinske dokumentacije za svoje malodobno dijete uz zahtjev je potrebno priložiti **rodni list djeteta i presliku osobne iskaznice podnositelja zahtjeva.**
* U slučaju kad Podnositelj zahtjeva traži presliku medicinske dokumentacije za osobu kojoj je skrbnik uz zahtjev je potrebno priložiti **rješenje centra za socijalnu skrb** **i presliku osobne iskaznice podnositelja zahtjeva.**
* U slučaju kad Podnositelj zahtjeva traži presliku medicinske dokumentacije za umrlog člana obitelji  potrebno je priložiti **ispravu kojom se dokazuje srodstvo** (rodni list, vjenčani list, rješenje centra za socijalnu skrb ), **smrtni list**, kao i **presliku osobne iskaznice podnositelja zahtjeva.**

Temeljem Zakona o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04, 37/08) pacijenti i druge zakonom ovlaštene osobe imaju pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji.

*Pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji*

*Članak 23.*

*Pacijent ima pravo na pristup cjelokupnoj medicinskoj dokumentaciji koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti. Pacijent ima pravo o svome trošku zahtijevati presliku medicinske dokumentacije iz stavka 1. ovoga članka. Medicinska dokumentacija koja se uručuje pacijentu po završenom liječničkom pregledu, odnosno po završenom liječenju propisuje se posebnim zakonom kojim se uređuju vrste i sadržaj te način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom.*

*Članak 24.*

*U slučaju smrti pacijenta, ako to pacijent nije za života izrijekom zabranio, pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju iz članka 23. stavka 1. ovoga Zakona ima bračni drug pacijenta, izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik, odnosno skrbnik pacijenta. Osobe iz stavka 1. ovoga članka imaju pravo o svom trošku zahtijevati presliku medicinske dokumentacije iz stavka 1. ovoga članka. Protivljenje uvidu u medicinsku dokumentaciju prema stavku 1. ovoga članka pacijent daje pisanom izjavom solemniziranom od javnog bilježnika.*

**Cjenik za izradu preslika medicinske dokumentacije:**

- preslika Otpusnog pisma…………………………..….... 2,65 EUR+ PDV = 3,31 EUR

- preslika specijalističkog, laboratorijskog ili nekog

drugog nalaza ………………………………….…….... 2,65 EUR + PDV = 3,31 EUR

- potvrda o ugrađenom materijalu……………………..... 3,72 EUR + PDV = 4,65 EUR

- kopija CD-a ………………………………….……....... 3,72 EUR + PDV = 4,65 EUR

- preslika cjelokupne medicinske dokumentacije

(povijesti bolesti)………………………………….…… 0,11 EUR + PDV = 0,14 EUR po listu

+ troškovi poštarine (obračunavaju se temeljem odabranog načina dostave, mjesta

dostave i težine pošiljke)

**Napomena:** Preslika medicinske dokumentacije podnositelju zahtjeva će biti uručena/dostavljena

nakon primitka potvrde o plaćenim troškovima kopiranja i eventualne poštarine.