

PRIVOLITEV ZA VPOGLED V ZDRAVSTVENO DOKUMENTACIJO

| PODATKI O IZVAJALCU ZDRAVSTVENE STORITVE , NA KATEREGA SE NANAŠA PRIVOLITEV | | | |
|---|--|----------------|--|
| Izpolni izvajalec zdravstvene dejavnosti | | | |
| Ime in priimek zdravnika: | | | |
| Naziv izvajalca zdravstvene dejavnosti: | | | |
| PODATKI O PACIENTU | | | |
| Ime in priimek | | Datum rojstva: | |
| Prebivališče: | | ZZZS številka: | |

Centralni register podatkov o pacientih (CRPP) omogoča elektronsko izmenjavo zdravstvene dokumentacije. Vpogled je omogočen izbranemu osebnemu zdravniku, zdravniku specialistom pa na podlagi veljavne napotnice. Zdravniku, ki ni pacientov izbrani osebni zdravnik ter specialistu, za katerega pacient nima veljavne napotnice, lahko vpogled dovoli pacient. S spodnjo izjavo omogočite vpogled v svojo zdravstveno dokumentacijo zgoraj navedenemu zdravniku ali vsem zdravnikom zaposlenim v organizaciji – izvajalcu zdravstvene dejavnosti. V skladu s *Pravilnikom o pooblastilih za obdelavo podatkov v Centralnem registru podatkov o pacientih (Uradni list RS, št. 51/16)* bo vpogled omogočen še 45 dni po datumu, ki ga navedete kot datum veljavnosti privolitve.

| PRIVOLITEV Izpolni pacient | DOVOLIM NAVEDENEMU ZDRAVNIKU | ZGORAJ | DOVOLIM ZDRAVNIKOM ORGANIZACIJI | VSEM V | DATUM VELJAVNOSTI PRIVOLITVE |
|---|------------------------------------|--------|---------------------------------------|-----------|---------------------------------|
| Na podlagi Pravilnika o pooblastilih za obdelavo podatkov v Centralnem registru podatkov o pacientih izrecno dovoljujem vpogled v svojo zdravstveno dokumentacijo. | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |

| OSEBNA PRIVOLITEV Izpolni pacient | | |
|--|--------|------------------|
| Ime in priimek pacienta (lastnoročno tiskano): | Datum: | Podpis pacienta: |
| | | |

| PRIVOLITEV ZAKONITEGA ZASTOPNIKA OZIROMA PACIENTOVEGA ZDRAVSTVENEGA POOBLAŠČENCA: | | |
|---|-------------------------------------|------------------|
| Izpolni pacientov zastopnik oziroma zdravstveni pooblaščenec | | |
| Ime in priimek, rojstni datum ter kontaktni podatki zastopnika ali pooblaščenca: | Vloga oziroma razmerje do pacienta: | Datum in podpis: |
| | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------|--|
| Pacient je prejel kopijo podpisanega obrazca: | Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> | Datum prejema in podpis: | |
|---|---|--------------------------|--|