



**Podaci o podnositelju zahtjeva**

Opća županijska bolnica Vinkovci  
Zvonarska 57, 32100 Vinkovci  
Tel: +385 32 349 349

Ime i prezime

Ulica i broj

Poštanski broj i mjesto

OIB

Kontakt (tel/mob)

**Molim Vas da mi izdate**

\_\_\_\_\_ (navesti naziv dokumenta čija preslika se traži)

**u svezi liječenja**

\_\_\_\_\_ (ime i prezime pacijenta)

**rođen/a**

\_\_\_\_\_ (datum rođenja)

**koji se liječio/la u OŽB Vinkovci na odjelu**

\_\_\_\_\_ (naziv odjela)

**u razdoblju od**

\_\_\_\_\_ (datum)

**do**

\_\_\_\_\_ (datum)

**Preslika medicinske dokumentacije mi je potrebna u svrhu**

Ja, \_\_\_\_\_, izjavljujem da nakon preuzimanja medicinske dokumentacije, OŽB Vinkovci nema nikakve odgovornosti u svezi daljnjeg raspolaganja i informacija vezanih za medicinsku dokumentaciju koju sam preuzeo/la.

**U Vinkovcima,**

\_\_\_\_\_ (datum)

\_\_\_\_\_ (potpis podnositelja zahtjeva)

**NAPOMENA:**

Uz zahtjev obavezno priložiti presliku osobne iskaznice, a ukoliko se radi o uvidu u medicinsku dokumentaciju bračnog druga, izvanbračnog druga, punoljetnog djeteta, roditelja, brata, sestre ili zakonskog zastupnika potreban je dokument koji dokazuje srodstvo ( rodni list, vjenčani list, rješenje centra za socijalnu skrb).

<input type="checkbox"/> <b>ODOBRENO</b>	
<input type="checkbox"/> <b>NIJE ODOBRENO</b> (objašnjenje)	
	_____ ( potpis ravnatelja )
	U Vinkovcima, _____