

Obrazac A2 – Privola na dijeljenje osobnih podataka i/ili podataka iz medicinske dokumentacije

Podaci pacijenta koji daje privolu:

Ime i prezime: _____

OIB: _____

PRIVOLA
na dijeljenje osobnih podataka i/ili
podataka iz medicinske dokumentacije

Dajem privolu da Poliklinika za rehabilitaciju slušanja i govora SUVAG dijeli moje osobne podatke/ podatke iz medicinske dokumentacije sljedećoj osobi/ instituciji:

Osobni podaci, medicinska dokumentacija za koju dajem privolu da se dijeli:

Eventualna ograničenje u dijeljenju osobnih podataka/ podataka iz medicinske dokumentacije:

Ostale napomene:

Zaposlenik Poliklinike SUVAG ili druga osoba koja upoznaje pacijenta o dijeljenju njegovih osobnih podataka/ podataka iz medicinske dokumentacije dužna je pacijenta upoznati sa svim okolnostima konkretne situacije za koju pacijent daje privolu te sa pravnim propisima o zaštiti osobnih podataka i zaštiti pacijenata koji su relevantni u konkretnom predmetu. Pacijent može dati privolu samo za konkretne situacije dijeljenja osobnih podataka, a ne za općenito dijeljenje osobnih podataka.

Molimo Vas da dostavite presliku vlastite osobne iskaznice kako biste dokazali svoj identitet.

U Zagrebu, dana _____ godine.

(Vlastoručni potpis)