

PREVZEM V BOLNIŠNICI V GORICI

PREVZEM V BOLNIŠNICI V TRŽIČU

PROŠNJA ZA ZDRAVSTVENO DOKUMENTACIJO

Podpisani/a _____ kraj rojstva _____, datum rojstva _____,
stalno prebivališče _____, ulica _____,
tel. _____, osebni dokument _____, pristojni organ _____,
datum izdaje _____, št. _____.

IZJAVLJAM,

(v skladu z Enotnim besedilom UPR št. 445 z dne 28. 12. 2000)

da sem pooblaščen zahtevati zdravstveno dokumentacijo osebe _____,
kraj rojstva _____, datum rojstva _____,
stalno prebivališče _____, ulica _____,
tel. _____, osebni dokument _____, pristojni organ _____,
datum izdaje _____, št. _____.

kot:

- starš**, nosilec starševske odgovornosti
- skrbnik/varuh interesov poslovno omejene osebe/upravitelj za podporo poslovno omejene osebe**
(navedite podrobnosti akta o imenovanju)
- zakoniti dedič** zgoraj navedene pokojne osebe, kraj smrti _____, datum smrti _____
- oporočni dedič** zgoraj navedene pokojne osebe, kraj smrti _____, datum smrti _____
in katerega oporoka je vložena pri notarju _____
- pooblaščenec** gospoda/gospo _____, ki je prejel pooblastilo dne _____
- drugo** (potrdite pravni status pooblaščenca) _____

PROSIM ZA:

- KOPIJO RADIODIAGNOSTIČNE DOKUMENTACIJE:

Na radiološkem oddelku v Gorici

Na radiološkem oddelku v Tržiču

Z izvidom: DA NE

Kraj in datum _____ Podpis vlagatelja/vlagateljice _____
Št. Strokovnega delavca _____ Podpis strokovnega delavca _____

Prevzame (ime in priimek) _____ osebni dokument _____
Datum _____ Podpis _____
Št. Strokovnega delavca _____ Podpis strokovnega delavca _____

POOBLASTILO ZA PREVZEM

Podpisani/a _____ kraj rojstva _____, datum rojstva _____,
stalno prebivališče _____, ulica _____,
tel. _____, osebni dokument _____, pristojni organ _____,
datum izdaje _____, št. _____.

POOBLAŠČAM

Gospoda/gospo _____ kraj rojstva _____,
datum rojstva _____, stalno prebivališče _____,
ulica _____, tel. _____, osebni dokument _____,
pristojni organ _____, datum izdaje _____, št. _____.

ZA PREVZEM

spodaj navedene zdravstvene dokumentacije:

Kopija radiodiagnostične dokumentacije

Drugo _____

KRAJ IN DATUM _____ PODPIS POOBLASTITELJA _____

PODPIS POOBLAŠČENCA _____

Opomba: Priložena je fotokopija osebnega dokumenta pooblaščenca osebe.

PREVZEM NA DOMU

s poštino po povzetju, ki jo plača prejemnik

Ime: _____ Priimek: _____

Ulica: _____ Poštna št. _____ Kraj: _____

Strinjam se, da se zgoraj navedena klinični izvidi dostavijo v skladu z določbami o zaupnosti, ki jih zagotavlja zakon o poštinih storitvah, ki predvideva tudi dostavo osebi, ki ni prejemnik in je prisotna na domu (npr. družinski član, sstanovalec, vratar v stavbi itd.). Pristojbina vključuje stroške obdelave in pakiranja.

Dodatne izjave _____

Izjavljam, da sem v skladu s 13. členom zakonske uredbe 193/2003 seznanjen/a, da bodo zbrani podatki obdelani tudi z avtomatiziranimi sredstvi izključno za namene obravnavanega postopka, v zvezi s katerim vlagam prijavo.

Kraj in datum _____

Polni podpis vlagatelja/vlagateljice _____

INFORMACIJE ZA VLAGATELJA/ICO

Uporabniki morajo zahtevano zdravstveno dokumentacijo prevzeti in jo pred prevzemom plačati na enotni točki za naročanje CUP.

V primeru vlog za dostop, ki jih vložijo odvetniki in zagovorniki v imenu uporabnikov, ter v primeru vlog za dostop, za katere so značilni posebno pravno zapleteni vidiki, CUP pošlje vlogo in pripadajočo dokumentacijo kompleksni enoti za pravne zadeve in zavarovanje. Če bo le-ta po opravljeni predhodni preiskavi zahtevi ugodila, bo izdala dovoljenje CUP-u, ki bo nato lahko predložil zahtevano zdravstveno dokumentacijo.

Plačilo stroškov obdelave in pakiranja pri pošiljkah s plačilom po povzetju se lahko izvede neposredno ob dostavi na dom uporabnika. Za plačilo po povzetju veljajo tarife, ki jih določa Poste Italiane Spa.

NAMENJENO URADU

Stroški obdelave

Zdravstvena dokumentacija v papirni obliki	Št. _____ (vsaka € _____)	Evro _____
Zdravljenje za lajšanje bolečine, Dnevna bolnišnična obravnava, Začasno opazovanje	Št. _____ (na list € _____)	Evro _____
Druga zdravstvena dokumentacija	Št. _____ (na list € _____)	Evro _____
Stroški za izdajo CD/DVD	Št. _____ (vsaka € _____)	Evro _____
Rentgenske slike (katerikoli format)	Št. _____ (vsaka € _____)	Evro _____
	Skupni znesek	Evro _____

Po potrditvi plačila zgoraj navedenih stroškov, opravljenega _____

Dne _____ se zdravstvena dokumentacija:

- izroči gospodu/gospe _____ ob predložitvi osebne izkaznice
- pošlje po pošti na dom.

(datum)

(Polni podpis osebe, odgovorne za dostavo)

(polni podpis prejemnika)

NADOMESTNA IZJAVA POTRDILA

(46.Člen UPR št.445 z dne 28/12/2000)

Podpisani/a _____ kraj rojstva _____, datum rojstva _____,
stalno prebivališče _____, ulica _____,
tel. _____, osebni dokument _____, pristojni organ _____,
datum izdaje _____, št. _____.

Na podlagi 46. in 47. člena UPR št. 445 z dne 28. 12. 2000, sem seznanjen/-a z dejstvom, da se skladno s 76. členom UPR št. 445 z dne 28. 12. 2000 podajanje lažnih izjav, ponarejanje listin ali uporaba ponarejenih listin v primerih, ki jih predvideva omenjena uredba, kaznuje v skladu s kazenskim zakonikom in posebnimi področnimi zakoni in z odvzemom vseh morebitnih koristi, ki izhajajo iz ukrepa, ki temelji na lažnih izjavah (75. členom UPR št. 445 z dne 28. 12. 2000).

IZJAVLJAM,

Izjavljam, da sem v skladu s 13. členom zakonske uredbe 196/2003 seznanjen, da bodo zbrani podatki obdelani tudi z avtomatiziranimi sredstvi izključno za namene obravnavanega postopka, v zvezi s katerim vlagam prijavo.

Kraj in datum _____ IZJAVITELJ/-ICA _____

Ta izjava ne zahteva potrditve pristnosti podpisa in nadomešča običajna potrdila, ki jih zahtevajo ali so namenjena javnim upravam ter ponudnikom javnih storitev in zasebnikom.

Priložena kopija osebnega dokumenta _____
(nujna, če izjavo pošlje ali dostavi tretja oseba)

_____ IZJAVITELJ/-ICA _____
(kraj in datum) (poln in čitljiv podpis)

Namenjeno uradu: (če se izjava osebno izroči uradniku)

Podpis, ki ga je ob prisotnosti upravljavca (priimek ime) _____
podpisal prijavitelj, identificiran z identifikacijskim dokumentom _____ št. _____, ki
ga je dne _____ izdal/-a _____.
v prisotnosti uradnika (priimek ime) _____

NADOMESTNA DOKAZILNA IZJAVA ZA DEDIČE

4. člen zakona 15/68 z nadaljnimi spremembami in dopolnitvami

2. člen UPR 103/98

19. In 47. Člen UPR 445/00

Podpisani/-a _____

Seznanjen/-a s sankcijami, s katerimi se kaznujejo podajanje lažnih podatkov, ponarejanje listin in predložitve ponarejenih listin v skladu s 76. členom UPR št. 445 z dne 28.12.2000 obravnavane UPR, na lastno odgovornost

IZJAVLJAM,

kraj rojstva _____ datum rojstva _____

stalno prebivališče _____

naslov _____

da sem zakoniti dedič _____

Gospoda/e _____

Datum rojstva _____ datum smrti _____

da drugi zakoniti dediči tej zahtevi ne nasprotujejo.

Razlog za prošnjo _____

Izjavljam, da sem v skladu z 12. členom zakonske uredbe 30.06.2003 seznanjen, da bodo zbrani podatki obdelani tudi z avtomatiziranimi sredstvi izključno za namene obravnavanega postopka, v zvezi s katerim vlagam prijavo.

Kraj in datum, _____ Izjavitelj/-ica _____

V skladu z 38 členom UPR št. 445 z dne 28. 12. 2000 izjavo podpiše zainteresirana stranka v navzočnosti odgovornega uslužbenca ali jo skupaj z neverjeno fotokopijo osebnega dokumenta prijavitelja podpiše ali pošlje pristojnemu uradu po elektronski pošti, prek zastopnika ali po pošti.