

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/gospe _____, ki je prejel pooblastilo dne _____
- drugo** (potrdite pravni status pooblaščenca) _____

PROSIM ZA:

- KOPIJO ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE**, ki se nanaša na hospitalizacijo v bolnišnici _____

Sprejem št. _____ leto _____ Kompleksna Struktura odgovorna za odpust _____
 Sprejem št. _____ leto _____ Kompleksna Struktura odgovorna za odpust _____
 Sprejem št. _____ leto _____ Kompleksna Struktura odgovorna za odpust _____
 Sprejem št. _____ leto _____ Kompleksna Struktura odgovorna za odpust _____

- KOPIJO ZDRAVNIŠKIH IZVIDOV** (pregledi, instrumentalni in laboratorijski testi, zapisniki iz urgence), datum _____, kraj _____
 Opis storitve _____
- POTRDILO** (o hospitalizaciji, o odpustu) _____

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 zdravstvene dokumentacije
- Poročila urgence
- Kopija laboratorijskih preiskav
- Instrumentalne preiskave
- Drugo _____

KRAJ IN DATUM _____ PODPIS POOBLASTITELJA _____

PODPIS POOBLAŠČENCA _____

Opomba: Priložena je fotokopija osebnega dokumenta pooblaščenih oseb

PREVZEM NA DOMU

REGISTRIRANI SEDEŽ ASUGI: Ulica Costantino Costantinides,2
34128 Trst (TS) Park pri Sv. Ivanu
Telefonska centrala Tel. 040 3991111 Faks: 040 399 5113
Davčna št. in ID za DDV 01337320327
www.asugi.sanita.fvg.it – pec: asugi@certsanita.fvg.it



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.

Če je zdravstvena dokumentacija še vedno "odprta", kar pomeni, da še ni bila shranjena v arhivu, lahko zadevne osebe zaprosijo za dostop šele potem, ko je od datuma odpusta preteklo več kot 30 dni. Tudi za zdravstveno dokumentacijo, ki mora vključevati rezultate pregledov in/ali preiskav, ki jih je treba opraviti v 21 dneh od datuma odpusta, lahko zadevne osebe vložijo zahtevo za dostop šele potem, ko je od datuma odpusta preteklo več kot 30 dni.

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 pošilkah 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 odvzemanjem 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 predložitev 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 neoverjeno fotokopijo osebnega dokumenta prijavitelja podpiše ali pošlje pristojnemu uradu po elektronski pošti, prek zastopnika ali po pošti.