

ZAVOD ZA HITNU MEDICINU SISAČKO – MOSLAVAČKE ŽUPANIJE		
Oznaka dokumenta :	Postupak sustava kvalitete zdravstvene zaštite	Stranica : 7/11
MD. 3.3.	Postupak za popunjavanje, arhiviranje i pronalaženje medicinskih kartona	

ZAHTEJEV ZA IZDAVANJE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE IZ ARHIVE

(ime i prezime) _____

(ulica i broj, pošt. broj i
mjesto) _____

ZAVODZA HITNU MEDICINU SISAČKO - MOSLAVAČKE ŽUPANIJE

PREDMET: Zahtjev za izdavanje preslike medicinske dokumentacije

(navesti ime i prezime pacijenta)

(navesti dokumentaciju čija preslika se traži)

U svezi liječenja _____
(ime i prezime pacijenta)

(srodstvo pacijenta s podnosiocem zahtjeva)

rođ. _____._____._____., koji/a se liječio/la u Zavodu za hitnu medicinu Sisačko - moslavačke županije.

od _____._____._____. do _____._____._____.

Preslika medicinske dokumentacije mi je potrebna u svrhu _____

Hrvatska, _____._____._____.

(vlastoručni potpis)

Napomena: Dokument je u isključivom vlasništvu Zavoda za hitnu medicinu Sisačko-moslavačke županije i služi samo za službene potrebe. Nije dopušteno umnožavanje niti distribucija, na bilo koji način i bilo kojim sredstvima ili korištenje u neke druge svrhe bez izričite pismene suglasnosti ravnatelja ustanove.