



ŽUPANIJSKA  
BOLNICA  
ČAKOVEC

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE PRESLIKE MEDICINSKE  
DOKUMENTACIJE**

Šifra :  
O-PP 1-02.2

Vrijedi od:  
18.11.2016.

Stranica:  
1/1

\_\_\_\_\_  
(Ime i prezime podnosioca zahtjeva)

\_\_\_\_\_  
(Ulica i broj)

\_\_\_\_\_  
(Poštanski broj i mjesto)

\_\_\_\_\_  
(OIB)

\_\_\_\_\_  
(Telefonski broj/ mobitel)

\_\_\_\_\_  
Ime tijela kome se upućuje  
\_\_\_\_\_

**PREDMET: Zahtjev za izdavanje preslike medicinske dokumentacije**

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

Molim Vas da mi izdate \_\_\_\_\_,  
(navesti dokumentaciju čija preslika se traži)

u svezi liječenja \_\_\_\_\_, rođ. \_\_\_\_\_,  
(ime i prezime pacijenta) (datum rođenja)

koji/a se liječio/la u Županijskoj bolnici Čakovec na odjelu \_\_\_\_\_,  
(naziv organizacijske jedinice)

u timu liječnika \_\_\_\_\_.

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.  
(trajanje bolničkog liječenja)

\_\_\_\_\_  
(Ukoliko je podnositelj zahtjeva član obitelji: navesti srodstvo pacijenta s podnosiocem)

Preslika medicinske dokumentacije mi je potrebna u svrhu:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(datum podnošenja zahtjeva)

\_\_\_\_\_  
(vlastoručni potpis podnosioca zahtjeva)