

PISNO SOGLASJE BOLNIKA ZA POSREDOVANJE INFORMACIJ O ZDRAVSTVENEM STANJU

nalepka s podatki o bolniku

SPOŠTOVANA BOLNICA, SPOŠTOVANI BOLNIK!

Po zakonu o varovanju osebnih podatkov smemo informacije o zdravstvenem stanju naših bolnikov posredovati le z njihovim predhodnim pisnim dovoljenjem. Zato vas prosimo, da izpolnite spodnji obrazec:

1. Strinjam se s tem, da podatke o mojem bivanju v bolnišnici in mojem zdravstvenem stanju, morebitnih premestitvah z oddelka ali nenadnih spremembah zdravstvenega stanja posredujete:

a.) samo ožjim sorodnikom in svojem (partnerju, otrokom, staršem)

(Ime in priimek, številka stacionarnega telefona, številka mobilnega telefona)

b.) naslednjim osebam

(Ime in priimek, številka stacionarnega telefona, številka mobilnega telefona)

c.) vsem

d.) nikomur

2. Podatke o mojem zdravstvenem stanju lahko posredujete pooblaščenim osebam na sledeč način:

a) samo v moji prisotnosti

b) osebno ob obisku v bolnišnici

c) po telefonu

d) po elektronski pošti na naslov:

Datum

Podpis bolnika/bolnice (starša, skrbnika)

Izjavo lahko kadar koli popravite (dopolnite, prekličete) tako, da pri sobnem zdravniku ali medicinski sestri zahtevate nov obrazec. Do trenutka spremembe velja vaša prvotna odločitev.

Opomba

1. Zaradi bolnikovega zdravstvenega stanja izjave ni mogoče pridobiti (velja domneva, da se bolnik strinja s točko 1.c).

2. Bolnik izjave ne želi izpolniti (velja domneva, da se bolnik strinja s točko 1.c).

3. Bolnik nima svojcev, zato podatkov ni mogoče pridobiti (velja domneva, da se bolnik strinja s točko 1.c).

Datum

Podpis zdravnika/zdravnice

Podpis administrativne delavke v KOPA Golnik,
ki je pridobila podatke bolnika/ce (starša, skrbnika)