

Oddelek za psihiatrijo

IZJAVA o posredovanju informacij o vaših osebnih podatkih in o zdravstvenem stanju

Spoštovani,

O tem, koliko bodo o vašem zdravstvenem stanju informirani svojci oz. drugi, odločate sami. Da bi v času vašega zdravljenja pri nas spoštovali vašo voljo, vas prosimo za naslednjo izjavo, ki jo izpolnite tako, da pred vprašanjem obkrožite številko. Zahvaljujemo se vam za vaše sodelovanje.

Ime in priimek

.....

Datum rojstva

.....

Nalepka / podatki o pacientu

I. Komu dovoljujete obiske?

1. nikomur

2. naslednjim osebam: (priimek, ime)

Telefon:

3. vsem

II. Koga obvestimo o sprejemu, o premestitvi in / ali v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja?

naslednje osebe
(priimek, ime)

(številka stacionarnega in mobilnega telefona)

III. Komu dovoljujete posredovanje podatkov iz vaše zdravstvene dokumentacije oz. podatkov o vašem zdravstvenem stanju, kot tudi v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja?

1. nikomur

2. naslednjim osebam: (priimek, ime)

Telefon:

IV. Ali želim izpolniti izjavo

Datum: ____ . ____ . 20__

Podpis pacienta

Opomba:

V. - zaradi bolnikovega zdravstvenega stanja izjave ni mogoče pridobiti.

Datum: ____ . ____ . 20__

Podpis zdravnika