

NALEPKA PACIENTA

klinika, oddelek

ime in priimek

datum in kraj rojstva

identifikacijska številka (št. ZZS)

prebivališče

IZJAVA o sporočanju informacij o zdravstvenem stanju in obdelavi osebnih podatkov

Spoštovani pacient!

Vaša pravica je, da sami odločate o tem, kdo in na kakšen način bo obveščen o vašem zdravstvenem stanju v času vašega zdravljenja v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, zato prosimo, da izpolnite to izjavo.

Posredovanje informacij o mojem zdravstvenem stanju v času zdravljenja v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor dovoljujem naslednjim osebam:

ime in priimek

ime in priimek

razmerje

razmerje

prebivališče

prebivališče

št. telefona

št. telefona

Opombe (npr. pacient ne želi izpolniti izjave, pacientovo zdravstveno stanje ne omogoča izpolnitve izjave,...)

Dovoljujem obdelavo mojega zdravstvenih in drugih osebnih podatkov

Za potrebe zdravstvene oskrbe:	Vrsta obdelave (opis):	Osebnih podatkov oz. dokumentacija, ki se obdeluje:	☐ DA ☐ NE
Za potrebe izven zdravstvene oskrbe:		Osebnih podatkov oz. dokumentacija, ki se obdeluje:	☐ DA ☐ NE

Datum in ura: _____

Podpis pacienta _____