

ZAHTJEV ZA PODACIMA O INTERVENCIJI

Podnositelj zahtjeva: ime i prezime / naziv	
Adresa / sjedište:	
Kontakt telefon/e-pošta:	
Broj osobne iskaznice:	Srodstvo s pacijentom:

Molim Naslov da mi izda potvrdu – podatke o intervenciji za:

Pacijent:		
Adresa pacijenta:		
Datum intervencije:		
Vrijeme intervencije:		
Mjesto intervencije:		
Vrsta intervencije (<i>zaokružiti</i>):	Liječnička	Sanitetski prijevoz
Potvrda mi je potrebna u svrhu (<i>zaokružiti</i>):	<i>naknade štete</i>	<i>dokaz ozljede na radu</i>
<i>drugi razlog</i> _____		

(mjesto i datum)

(vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

Napomena:

1. Podaci o intervenciji daju se sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Zakonu o zaštiti prava pacijenata i Zakonu o zaštiti osobnih podataka.
2. Odvjetnicima se potvrda izdaje samo na temelju priložene punomoći pacijenta.
3. Na temelju Cjeniku usluga, prije primitka ovog zahtjeva, podnositelj zahtjeva mora uplatiti iznos od 50,00 kn na blagajni Zavoda ili na žiro račun Zavoda IBAN: HR4023600001101209222.
4. Ovaj zahtjev može se uputiti osobno ili faksom na broj 6302894 ili na e-mail: hitna@hitnazg.hr