



## ZAHTJEV ZA PODACIMA O INTERVENCIJI\*

Podnositelj zahtjeva (ime i prezime/naziv):	
Adresa/sjedište (ulica i broj, mjesto):	
OIB:	
Kontakt telefon i adresa e-pošte:	
Srodstvo s pacijentom: (zaokružiti)	Da                      Ne
Ukoliko je podnositelj zahtjeva član obitelji- navesti srodstvo pacijenta s podnositeljem	

Molim Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba da mi izda potvrdu – podatke o intervenciji za:

Ime i prezime pacijenta:	
Adresa pacijenta:	
Datum intervencije:	
Vrijeme intervencije:	
Mjesto intervencije:	
Vrsta intervencije: (zaokružiti)	Liječnika                      Sanitetski prijevoz
Potvrda mi je potrebna u svrhu: (zaokružiti)	1. Naknade štete 2. Dokaza ozljede na radu 3. Drugi razlog (navesti koji):  _____



## PRIVOLA

Izjavljujem da sam suglasan/suglasna da se od dana davanja ove privole moji osobni podaci prikupljaju, obrađuju, objavljuju u elektroničkom obliku ili manualno te čuvaju u skladu s Politikom zaštite osobnih podataka u Nastavnom zavodu za hitnu medicinu Grada Zagreba.

Privola je pravovaljana počevši od datuma njezinog davanja te ju je moguće povući u svakom trenutku.

Povlačenje privole ne utječe na zakonitost obrade na temelju privole prije njezina povlačenja.

Zavod omogućuje svakom ispitaniku da u bilo koje doba može na jednostavan način povući privolu - kontaktiranjem Zavoda i bez potrebe zadovoljavanja strogo propisane forme ili sadržaja izjave o povlačenju privole, ali uz potrebu osiguranja pisanog dokaza o povlačenju.

### PRIVOLA ZA PRIKUPLJANJE I OBRADU OSOBNIH PODATAKA

Ovime dajem svoj pristanak da Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba prikuplja i obrađuje osobne podatke koje sam im otkrio (**zaokružiti**):

DA

NE

### IZRIČITA PRIVOLA ZA PRIKUPLJANJE I OBRADU OSOBNIH PODATAKA

Za posebne kategorije osobnih podataka ovime dajem svoj pristanak da Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba prikuplja i obrađuje osobne podatke koje sam im otkrio (**zaokružiti**):

DA

NE

\_\_\_\_\_  
(mjesto i datum)

\_\_\_\_\_  
(Vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

#### Napomena\*:

1. Podaci o intervenciji daju se sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Zakonu o zaštiti prava pacijenata (posebno upućujemo na uvid u odredbe članka 23. i 24.) i Zakonu o zaštiti osobnih podataka.

2. Ukoliko je podnositelj zahtjeva pacijent, dužan je dostaviti presliku osobne iskaznice.

Ukoliko je podnositelj zahtjeva član obitelji, potrebno je priložiti ispravu kojom se dokazuje srodstvo.

Roditelju maloljetnog pacijenta potvrda se izdaje na temelju priloženog rodnog lista i preslike osobne iskaznice.

Osobe iz članka 24. Zakona o zaštiti prava pacijenata dužne su dokazati naznačena svojstva.

Odvjetnicima se potvrda izdaje samo na temelju priložene punomoći pacijenta ili osoba iz članka 24. Zakona o zaštiti prava pacijenata.

3. Prema Cjeniku usluga, prije primitka ovog zahtjeva, podnositelj zahtjeva mora uplatiti iznos od 7,00 EUR na blagajni Zavoda ili na žiro račun Zavoda IBAN: HR5624020061100961533

4. Ovaj zahtjev može se uputiti osobno ili faksom na broj 6302894 ili na e-mail: hitna@hitnazg.hr