

	ZAVOD ZA HITNU MEDICINU SISAČKO – MOSLAVAČKE ŽUPANIJE	
Oznaka dokumenta :	Postupak sustava kvalitete zdravstvene zaštite	Stranica : 7/11
MD. 3.3.	Postupak za popunjavanje, arhiviranje i pronalaženje medicinskih kartona	

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE IZ ARHIVE

(ime i prezime)

(ulica i broj, pošt. broj i
mjesto)

ZAVOD ZA HITNU MEDICINU SISAČKO - MOSLAVAČKE ŽUPANIJE

PREDMET: Zahtjev za izdavanje preslike medicinske dokumentacije _____ (navesti ime i prezime pacijenta) _____ (navesti dokumentaciju čija preslika se traži)	
U svezi liječenja _____ (ime i prezime pacijenta)	_____ (srodstvo pacijenta s podnosiocem zahtjeva)
rođ. ____ . ____ . ____ ., koji/a se liječio/la u Zavodu za hitnu medicinu Sisačko - moslavačke županije, od ____ . ____ . ____ . do ____ . ____ . ____ . Preslika medicinske dokumentacije mi je potrebna u svrhu _____	

Hrvatska, ____ . ____ . ____ .

(vlastoručni potpis)

Napomena: Dokument je u isključivom vlasništvu Zavoda za hitnu medicinu Sisačko- moslavačke županije i služi samo za službene potrebe. Nije dopušteno umnožavanje niti distribucija, na bilo koji način i bilo kojim sredstvima ili korištenje u neke druge svrhe bez izričite pismene suglasnosti ravnatelja ustanove.