

Izjava o otkrivanju podataka

Dajem sljedeću izjavu vezano uz moj pregled _____, od _____ u Poliklinici za radiologiju, neurologiju i opću kirurgiju Dr. Kalajžić, Moliških Hrvata 4, 21000 Split ("Affidea"). Razumijem da Affidea obrađuje moje osobne podatke kako je objašnjeno u *Obavijesti o privatnosti podataka za pacijente*.

Ovlašćujem Affideu da mi izdaje liječnički nalaz u neenkriptiranoj e-mail poruci, u obliku pritvka zaštićenog lozinkom

Da, suglasan/suglasna sam. Molim da mi pošaljete nalaz na:

 Ne, nisam suglasan/suglasna. Osobno ću preuzeti nalaz.

Ovlašćujem niže navedenu osobu da u moje ime preuzme moj liječnički nalaz i dijagnostičke snimke

Ime: _____

Adresa: _____

Ovlašćujem Affideu da otkrije moj liječnički nalaz mojem niže navedenom uputnom liječniku te da mu ga pošalje u e-mail poruci.

Ime: _____

E-mail adresa: _____

Ovlašćujem Affideu da moj liječnički nalaz pošalje putem pošte.

Ime:

Prezime:

Adresa:

Grad:

Broj pošte:

Kontakt broj:

Mjesto i datum: _____

Tiskano puno ime pacijenta: _____

Potpis pacijenta: _____