

## Izjava o otkrivanju podataka

Dajem sljedeću izjavu vezano uz moj pregled \_\_\_\_\_, od \_\_\_\_\_ u Poliklinici Maja i Krešimir Čavka za radijologiju i internu medicinu, Jordanovac ul 99, 10 000 Zagreb ("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 pritka 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: \_\_\_\_\_