



Univerzitetni rehabilitacijski inštitut
Republike Slovenije - Soča

NALEPKA PACIENTA

klinika, oddelek

ime in priimek

datum in kraj rojstva

prebivališče

IZJAVA

o posredovanju osebnih podatkov in podatkov o zdravstvenem stanju

Spoštovana pacientka - pacient!

Vaša pravica je, da sami odločate o tem, kdo in na kakšen način bo obveščen o vašem zdravstvenem stanju v času vaše rehabilitacije v **Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča**.

Ker želimo, da bi se pri nas čim bolj prijetno počutili, bi vam radi omogočili tudi obiske svojcev in prijateljev, ki si jih želite, ne pa tudi tistih, ki si jih ne želite.

Da bomo lahko spoštovali vašo voljo v času vaše rehabilitacije v našem zavodu, vas prosimo, da izpolnite to izjavo. Izpolnite jo tako, da vpišete zahtevan podatek v pripravljen prostor oziroma obkrožite ustrezno oznako odgovora za posamezno trditev.

I. V času moje rehabilitacije v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča dovoljujem, da me obiščejo naslednje osebe:

1. vsakdo

2. nihče

3. določeni (*imenujte*)

ime in priimek

št. telefona

razmerje

ime in priimek

št. telefona

razmerje

ime in priimek

št. telefona

razmerje

II. Posredovanje podatkov o mojem zdravstvenem stanju v času zdravljenja v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča dovoljujem naslednjim osebam:

1. vsakomur

2. nikomur

3. določenim – spodaj navedenim:

ime in priimek

št. telefona

razmerje

ime in priimek

št. telefona

razmerje

