

**ODDELEK ZA GINEKOLOGIJO
KANDIJSKA CESTA 4
8000 NOVO MESTO**

IZJAVA

Ime in priimek _____

Naslov _____

Datum rojstva _____

IZJAVLJAM,

da me zdravstveno osebje lahko pokliče na telefonsko številko _____

oziroma mi lahko pošlje elektronsko sporočilo na elektronski naslov

zaradi sporočanja osebnih podatkov v zvezi z zdravstvenim stanjem.

Hkrati izjavljam, da sam/a prevzamem odgovornost, da se bom vedno osebno javil/a na številko oz. da do elektronskega naslova, kot izhaja iz prejšnjega odstavka, ne bo imela dostopa 3. oseba. Prav tako se zavežujem, da bom v primeru odtujitve telefonske naprave ali spremembe oz. zamenjave telefonske številke, ali v primeru suma, da se je 3. oseba seznanila z geslom za dostop do elektronskega naslova, o tem dejstvu nemudoma obvestil/a ZD Novo mesto oz. osebo, kateri sem podpisal/a to izjavo. V kolikor tega ne bom storil/a, sam/a prevzamam odgovornost, če bi prišlo do situacije, da bi se z mojimi osebnimi podatki glede zdravstvenega stanja seznanila 3. oseba. Zavežujem se, da iz tega naslova ne bom imel/a nobenega odškodninskega ali katerega koli drugega zahtevka zoper ZD Novo mesto oz. zoper osebo, kateri sem sporočil/a telefonsko številko, oz elektronski naslov.

Datum: _____

Podpis: _____

Izjava pacienta za posredovanje osebnih podatkov 3. osebi



**ODDELEK ZA GINEKOLOGIJO
KANDIJSKA CESTA 4
8000 NOVO MESTO**

IZJAVA

Ime in priimek _____

Naslov _____

Datum rojstva _____

IZJAVLJAM,

da lahko osebje ZD Novo mesto posreduje moje osebne podatke v zvezi z mojim zdravstvenim stanjem 3. osebi in sicer

_____.

Istočasno izjavljam, da se seznanjen/a, da bo osebje ZD Novo mesto pred podajo osebnih podatkov v zvezi z mojim zdravstvenim stanjem zahtevalo moj datum rojstva.

Zavezujem se, da iz tega naslova ne bom imel/a nobenega odškodninskega ali katerega koli drugega zahtevka zoper ZD Novo mesto oz. zoper osebo, kateri sem sporočil/a telefonsko številko, oz elektronski naslov.

Datum: _____

Podpis: _____

OB 7 017 04 03