



**JU ZAVOD ZA BOLESTI OVISNOSTI  
KANTONA SARAJEVO**



16

\_\_\_\_\_  
(Ime i prezime podnosioca zahtjeva)

\_\_\_\_\_  
(Mjesto i adresa stanovanja)

\_\_\_\_\_  
(Kontakt telefon)

**PREDMET:** Zahtjev za izdavanje medicinske i druge dokumentacije

**Popunjavanje podnosioca zahtjeva**

**Podaci o boravku – pregledu pacijenta**

Ime i prezime pacijenta, ime oca, godina rođenja

Naziv Odjeljenja u kojem je pacijentu pružena  
zdravstvena usluga ili dijagnoza (vrsta oboljenja)

Datum boravka ili pregleda pacijenta  
(godina, mjesec, dan)

Podaci – dokumentacija koja se traži

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Potpis podnosioca zahtjeva)

**Popunjavanje zaposlenik za prijem i otpremu pošte**

*Prilikom unošenja podataka ostvaren je uvid:*

Lična karta ili drugi identifikacioni dokument  
podnosioca zahtjeva (broj, datum i mjesto izdavanja),  
za maloljetnike vjenčani list

Ovjerena punomoć, dokaz o starateljstvu (broj, datum  
i mjesto izdavanja)

Potrebna ukoliko se zahtjev podnosi u ime pacijenta

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Potpis podnosioca zahtjeva)

**Popunjavanje referent za prijem i otpremu pošte**

**Potvrda o izdavanju**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Potpis odgovornog zaposlenika

\_\_\_\_\_  
Potpis podnosioca zahtjeva