

**KLINIČKA BOLNICA SVETI DUH**

**10000 ZAGREB, Sveti Duh 64**

**SLUŽBA ZA PRAVNE POSLOVE**

**Telefon: 01/3712-236**

**E-mail:** **med.dok@kbsd.hr**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(ime i prezime podnositelja zahtjeva/srodstvo s pokojnikom)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(adresa)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(poštanski broj i mjesto)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(tel./ mob., e-mail adresa**

**Zahtjev za nalaz obdukcije**

Molim Vas da mi izdate nalaz obdukcije za: pok.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

rođen/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, preminuo/la dana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_u KLINIČKOJ BOLNICI SVETI DUH.

 **Molim da mi se tražena medicinska dokumentacija dostavi:**

a) putem elektroničke pošte

b) osobnim preuzimanjem na urudžbenom zapisniku KLINIČKE BOLNICE SVETI DUH

c) dostava poštom s povratnicom

U Zagrebu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (datum)

 Potpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

Prilog:

- (preslika osobne iskaznice, presliku dokaza o srodstvu (rodni list, vjenčani list, dokaz o skrbništvu...)