

PRIVOLITEV ZA OBDELAVO OSEBNIH PODATKOV*

Izrecno potrjujem, da je bila odločitev sprejeta prostovoljno.

Seznanjen/a sem z dejstvom, da lahko to soglasje **kadarkoli prekličem s pisno zahtevo poslano na naslov Mladinskega klimatskega zdravilišča Rakitna, brez kakršnihkoli negativnih posledic.**

Spodaj podpisani/-a oče/mati, zakoniti zastopnik otroka/mladostnika ali polnoletna oseba _____, roj. dne _____ in stanujoč/-a na naslovu _____, dosegljiv/-a na telefonski številki _____ in e-naslovu _____,

dovoljujem zdravstvenim delavcem in sodelavcem MKZ Rakitna (psihiater, psiholog, sobni zdravnik), da za potrebe zdravstvene oskrbe otroka/mladostnika/mene kot polnoletne osebe v MKZ Rakitna, pridobijo in posredujejo osebne podatke otroka/mladostnika/mene kot polnoletne osebe v sodelovanju s strokovnjaki, ki otroka/mladostnika/mene kot polnoletne osebe poznajo ali že obravnavajo (obkrožite in imenujte kontaktno osebo):

- vrtec / šola / zavod: _____
- Center za socialno delo: _____
- drugi (npr. lečeči psihiater, psiholog, itd.): _____

Če želite za koga izrecno prepovedati posredovanje podatkov, posebej navedite, komu: _____.

Soglašam, da v primeru moje odsotnosti lahko podatke o otroku/mladostniku/meni kot polnoletni osebi posredujete (ime in priimek osebe, rojstni podatki ter naslov) _____

Pooblaščam _____ (ime in priimek osebe, rojstni podatki ter naslov)

za prevzem/obisk otroka/mladostnika.

Vsi pridobljeni in posredovani podatki bodo uporabljeni **izključno za namen zdravstvene obravnave otroka/mladostnika/polnoletne osebe, ki jo izvajamo v okviru zdravstvene dejavnosti v . v MKZ Rakitna.** Pridobljene podatke bo MKZ Rakitna varno hranil v skladu z veljavno zakonodajo v osebni zdravstveni kartoteki otroka/mladostnika/polnoletne osebe.

Privolitev za obdelavo osebnih podatkov iz tega obrazca velja za vse obravnave v MKZ Rakitna in velja do pisnega preklica.

Rakitna, dne _____

Podpis otrokovega zakonitega zastopnika (v primeru polnoletnosti osebni podpis): _____

Podpis strokovnega delavca MKZ Rakitna: _____

Pripravila/a:	Nilvesa Fajić Berginc	Datum: 6.1.2020	Podpis:
Pregledal/a:	Ana Tkavc Zajkesković	Datum: 8.1.2020	Podpis:
Odobril/a:	Milena Pavić Nikolić	Datum: 12.1.2020	Podpis:

Pregled predhodnih izdaj

Izdaja	Opis spremembe dokumenta	Datum
1	Inicialna izdaja – Izdano pod zdravstveno dokumentacijo	16.1.2020