

KBCSM-KZZK	Obrazac za zaprimanje uzoraka s e-uputnicom u sustavu	Oznaka: OZ-7.2-021-3/3
------------	---	---------------------------

PODACI O PACIJENTU		
PREZIME:		IME:
MBO: ili OIB:		DATUM ROĐENJA:
KONTAKT TELEFON:		DATUM UZORKOVANJA:
EMAIL:		VRIJEME UZORKOVANJA:
BROJ SPREMNIKA/UZORAKA:		VRSTA UZORKA: ☐ krv ☐ mokraća ☐ stolica ☐ drugo:
PODACI O DONOSITELJU		
IME I PREZIME:		
KONTAKT TELEFON:		
EMAIL:		
Potpisom se potvrđuje da je uzorak predan uz znanje i suglasnost pacijenta navedenog na obrascu te da se e-uputnica koristi isključivo za pretrage Kliničkog zavoda za kemiju. Ako u trenutku zaprimanja postoji više važećih e-uputnica, a nije dana posebna napomena, smatrat će se da je dana suglasnost za korištenje svih dostupnih e-uputnica potrebnih za obradu dostavljenog uzorka. Pacijent naveden na obrascu odgovoran je za valjanost dopunskog zdravstvenog osiguranja. U slučaju nepostojanja ili nemogućnosti provjere važećeg dopunskog zdravstvenog osiguranja, pacijentu se može obračunati participacija sukladno važećim propisima, a račun će mu biti dostavljen poštom.		
OVJERA PREDAJE UZORKA I ISPRAVNOSTI PODATAKA (obavezno ako donositelj nije pacijent naveden u gornjem dijelu obrasca)		
Datum	Potpis	

KBCSM-KZZK	Obrazac za zaprimanje uzoraka s e-uputnicom u sustavu	Oznaka: OZ-7.2-021-3/3
------------	---	---------------------------

PODACI O PACIJENTU		
PREZIME:		IME:
DATUM ROĐENJA:	MBO:	(ili) OIB:
KONTAKT TELEFON:	DATUM UZORKOVANJA:	
EMAIL:	VRIJEME UZORKOVANJA:	
VRSTA UZORKA:	☐ krv	☐ drugo: _____
BROJ EPRUVETA / UZORAKA:	☐ mokraća	
	☐ stolica	
PODACI O DONOSITELJU		
IME I PREZIME:		
TELEFON:		
EMAIL:		
Potpisom se potvrđuje da je uzorak predan uz znanje i suglasnost pacijenta navedenog na obrascu te da se e-uputnica koristi isključivo za pretrage Kliničkog zavoda za kemiju. Ako u trenutku zaprimanja postoji više važećih e-uputnica, a nije dana posebna napomena, smatrat će se da je dana suglasnost za korištenje svih dostupnih e-uputnica potrebnih za obradu dostavljenog uzorka. Odgovornost za valjanost dopunskog zdravstvenog osiguranja snosi pacijent. U slučaju nepostojanja ili nemogućnosti provjere važećeg dopunskog zdravstvenog osiguranja, pacijentu se može obračunati participacija sukladno važećim propisima, a račun će mu biti dostavljen poštom.		
OVJERA PREDAJE UZORKA I ISPRAVNOSTI PODATAKA (obavezno ako donositelj nije pacijent naveden u gornjem dijelu obrasca)		
Datum	Potpis	