

KBC Zagreb
TST

**BANKA KRVI IZ PUPKOVINE
ZA OSOBNE POTREBE**
Suglasnost za otkrivanje podataka

OZ-BOP/3
Izdanje: 1
1/1

OBRAZAC 2

Ja, _____, _____
Ime i prezime majke *Datum rođenja*

Ulica, mjesto, poštanski broj, država

ovim putem ovlašćujem izabrano rodilište kao i ustanove u kojima su provedena testiranja krvi da prosljede sve potrebne rezultate testova i/ili potrebne podatke koji se odnose na sigurnost i kvalitetu koncentrata stanica u Banku krvi iz pupkovine KBC-a Zagreb.

Također ovlašćujem KBC Zagreb da u slučaju izdavanja koncentrata stanica za liječenje mogega djeteta ili člana obitelji prosljedi transplantacijskom centru sve podatke potrebne za sigurno i učinkovito liječenje.

Razumijem da su ovi podaci osobni i povjerljivi i suglasna sam s njihovom upotrebom isključivo za potrebe liječenja. Ovim putem oslobađam ustanovu/liječnika koji su dali podatke od bilo kakve odgovornosti koja može proizaći iz tog čina.

Potpisano dana _____
Datum

Ime i prezime majke

Potpis majke

