



**ZBOG POGORŠANJA ZDRAVSTVENOG STANJA TRAŽIM PONOVNU OCJENU  
OŠTEĆENJA ORGANIZMA PO OSNOVI \_\_\_\_\_.**

**IZJAVA O MEDICINSKOJ DOKUMENTACIJI**

Uz ovaj zahtjev priložio/la sam svu medicinsku dokumentaciju s kojom raspolazem u trenutku podnošenja zahtjeva, a koja se odnosi na ranjavanje / ozljeđivanje / zatočeništvo / bolest za koje/u sam tražio/la ponovnu ocjenu oštećenja organizma radi pogoršanja zdravstvenog stanja.

**DA** **NE**

**IZJAVA O SUGLASNOSTI**

Upoznat-a sam da se, sukladno članku 6. stavku 1., članku 7. stavku 1. i članku 9. stavku 1. i 2. Zakona o zaštiti osobnih podataka ("Narodne novine", broj: 103/03, 118/06, 41/08, 130/11, 106/12), moji osobni podaci kao podnositelja-ice zahtjeva za utvrđivanja novog postotka oštećenja organizma temeljem odredbi Zakona o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima njihovih obitelji ("Narodne novine", broj: 121/17) prikupljaju isključivo za potrebe navedenog postupka te da se u druge svrhe neće koristiti. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu.

**NAPOMENA:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(potpis)