**MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI**

**3245**

Na temelju članka 23. stavka 2. Zakona o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja (»Narodne novine«, broj 177/04) ministar zdravstva i socijalne skrbi donosi

**PRAVILNIK**

**O SADRŽAJU, NAČINU I POSTUPKU DOSTAVLJANJA OBRASCA TE NAČINU VOĐENJA EVIDENCIJE I POSTUPKU OPOZIVA IZJAVE O NEDARIVANJU DIJELOVA TIJELA S UMRLE OSOBE**

Članak 1.

Ovim Pravilnikom uređuje se sadržaj obrasca, način i postupak dostavljanja, način vođenja evidencije te postupak opoziva izjave o nedarivanju dijelova tijela s umrle osobe radi presađivanja u svrhu liječenja.  
Ispunjena izjava iz stavka 1. ovoga članka pohranjuje se u Listu nedarivatelja (u daljnjem tekstu: Lista) koju vodi Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (u daljnjem tekstu: Ministarstvo).

Članak 2.

Punoljetna osoba sposobna za rasuđivanje koja se protivi darivanju dijelova tijela poslije smrti daje pisanu izjavu o nedarivanju dijelova tijela poslije smrti izabranom doktoru medicine primarne zdravstvene zaštite na obrascu «Izjava o nedarivanju dijelova tijela poslije smrti» (u daljnjem tekstu: Izjava) koji je tiskan u Prilogu I. ovoga Pravilnika i čini njegov sastavni dio.  
Za punoljetne osobe koje nisu sposobne za rasuđivanje pisanu izjavu o nedarivanju solemniziranu od strane javnog bilježnika, izabranom doktoru medicine primarne zdravstvene zaštite te osobe daje njen zakonski zastupnik, odnosno skrbnik.  
Slijepa osoba, gluha osoba koja ne zna čitati, nijema osoba koja ne zna pisati i gluhoslijepa osoba izjavu o nedarivanju daje u obliku javnobilježničkog akta ili pred dva svjedoka iskazanom izjavom o imenovanju poslovno sposobne osobe koja će u njeno ime dati izjavu o nedarivanju.

Članak 3.

Obrazac Izjave sadrži sljedeće podatke:  
– ime i prezime,  
– datum rođenja,  
– spol,  
– mjesto rođenja,  
– adresu stanovanja,  
– matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju,  
– šifru izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite,  
– izjavu kojom se izražava protivljenje darivanju organa i tkiva, samo organa ili samo tkiva,  
– jedinstveni broj,  
– potpis i faksimil doktora medicine primarne zdravstvene zaštite,  
– mjesto i datum ispunjavanja Izjave (dan, mjesec, godina),  
– vlastoručni potpis davatelja Izjave.

Članak 4.

Izjava se ispunjava u tri primjerka. Prvi primjerak izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite odmah po potpisivanju, a najkasnije u roku od tri dana od potpisivanja dostavlja poštom Ministarstvu u posebnoj omotnici. Drugi primjerak pohranjuje se u dokumentaciji izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite, a treći primjerak daje se potpisniku Izjave.

Članak 5.

Zaprimljena pisana Izjava pohranjuje se u Ministarstvu, a podaci iz Izjave unose se u jedinstvenu bazu podataka Liste.

Članak 6.

Ovlaštena osoba koja ima pravo pristupa podacima iz Liste obvezna je čuvati kao profesionalnu tajnu sve podatke koje je saznala iz Liste.  
Podaci iz Liste mogu se koristiti samo za službenu pretragu Liste te radi izrade skupnih statističkih pokazatelja.

Članak 7.

Ovlaštena osoba služenom pretragom Liste može dobiti sljedeće podatke:  
1. broj važećih i nevažećih Izjava,  
2. broj novoupisanih Izjava u određenom razdoblju,  
3. broj opozvanih Izjava,  
4. broj izvršenih službenih pretraživanja,  
5. ime i prezime ovlaštene osobe koja je obavila službenu pretragu,  
6. druge podatke zatražene od ovlaštene osobe.

Članak 8.

Na pojedinačne podatke prikupljene na temelju ovoga Pravilnika primjenjuju se posebni propisi o zaštiti osobnih podataka.

Članak 9.

Potpisnik Izjave može svoju Izjavu u svakom trenutku opozvati.  
Izjava se opoziva ispunjavanjem obrasca »Opoziv izjave o nedarivanju dijelova tijela poslije smrti« (u daljnjem tekstu: Opoziv izjave) koji je tiskan u Prilogu II. ovoga Pravilnika i čini njegov sastavni dio.  
Izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite dostavlja Opoziv izjave ministarstvu na način propisan člankom 4. ovoga Pravilnika.  
Po ispunjenom Opozivu izjave potpisnik se briše iz evidencije važećih nedarivatelja a podaci o promijenjenom statusu i dalje se čuvaju u evidenciji Liste nedarivatelja.

Članak 10.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmog dana od objave u »Narod­nim novinama«.  
  
Klasa: 543-02/05-01/16  
Urbroj: 534-05-02/1  
Zagreb, 16. listopada 2007.

Ministar  
**prof. dr. sc. Neven Ljubiči**ć, v. r.

**PRILOG I.**

MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I  
SOCIJALNE SKRBI

**IZJAVA O NEDARIVANJU DIJELOVA TIJELA POSLIJE SMRTI**

Jedinstveni broj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(ispunjava se u tri primjerka VELIKIM TISKANIM SLOVIMA)  
  
Ime i prezime                 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Datum rođenja               \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Spol                                     **M                     Ž**  
Mjesto rođenja              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Adresa stanovanja          \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Matični broj osigurane   
osobe u obveznom zdrav-  
stvenom osiguranju          \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Šifra izabranog doktora   
medicine primarne zdrav-  
stvene zaštite                   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Protivim se darivanju**  
***(zaokružiti)***:    **1. Organa i tkiva     2. Organa     3. Tkiva**  
  
  Mjesto i datum:               Vlastoručni potpis davatelja Izjave:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                        Potpis i faksimil izabranog doktora   
                                      medicine primarne zdravstvene zaštite  
                                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Pisanu Izjavu izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite dostavlja odmah po potpisivanju a najkasnije u roku od 3 dana Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi, Ksaver 200a, Zagreb. Izjava se dostavlja preporučeno poštom u posebnoj omotnici s otisnutom adresom Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi. Drugi primjerak Izjave pohranjuje se u dokumentaciji izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite, a treći primjerak daje se potpisniku Izjave. Za dodatne informacije obratite se na besplatni telefon Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi: 0800 200 063 (radnim danom od 8:00 do 16:00 sati).

**PRILOG II.**

MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I  
SOCIJALNE SKRBI

**OPOZIV IZJAVE O NEDARIVANJU DIJELOVA TIJELA POSLIJE SMRTI**

**Jedinstveni broj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
(ispunjava se u tri primjerka VELIKIM TISKANIM SLOVIMA)  
  
Ime i prezime             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Datum rođenja           \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Spol                                    **M                     Ž**  
Mjesto rođenja          \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Adresa stanovanja     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Matični broj osigurane   
osobe u obveznom   
zdravstvenom osigura-  
nju                             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Šifra izabranog doktora   
medicine primarne   
zdravstvene zaštite      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Opozivam Izjavu o nedarivanju dijelova tijela poslije   
smrti broj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
  
Mjesto i datum:             Vlastoručni potpis davatelja Izjave:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_         \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
                                     Potpis i faksimil izabranog doktora   
                                     medicine primarne zdravstvene zaštite  
                                     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Pisani Opoziv Izjave izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite dostavlja odmah po potpisivanju a najkasnije u roku od 3 dana Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi, Ksaver 200a, Zagreb. Opoziv Izjave dostavlja se preporučeno poštom u posebnoj omotnici sa otisnutom adresom Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi. Drugi primjerak Opoziva Izjave pohranjuje se u dokumentaciji izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite, a treći primjerak daje se potpisniku opoziva Izjave. Za dodatne informacije obratite se na besplatni telefon Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi: 0800 200 063 (radnim danom od 8:00 do 16:00 sati).