



ŽÁDOST O NAHLÉDNUTÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE, O POŘÍZENÍ VÝPISU NEBO O POŘÍZENÍ KOPIÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Žadatel (jméno, příjmení, adresa, kontaktní telefon)	
Žádá o tuto službu (zaškrtněte požadované)	<input type="checkbox"/> možnost nahlédnutí <input type="checkbox"/> pořízení výpisů <input type="checkbox"/> pořízení kopií
Pacient (jméno, příjmení, rodné číslo/datum narození)	
<i>Pokud žádáte informace ze své zdravotnické dokumentace, doplňte pouze rodné číslo a vztah nevyplňujte.</i>	
Vztah k pacientovi (manžel, manželka, syn, dcera, rodič...)	
<i>Pokud pacient nesepsal Záznam o souhlasu s poskytováním informací, kde je souhlas uveden, je nutno doložit kopií nebo předložením dokladu prokazujícího vztah k pacientovi.</i>	
Rozsah zdravotnické dokumentace (zaškrtněte požadované)	<input type="checkbox"/> kompletní ze zařízení: za období: _____
	<input type="checkbox"/> kompletní z kliniky: za období: _____
	<input type="checkbox"/> část (určete rozsah a období): _____
	<input type="checkbox"/> pitevni diagnóza
	<input type="checkbox"/> pitevni protokol
Způsob	<input type="checkbox"/> osobně v prostorách zařízení <input type="checkbox"/> požaduji zaslat kopie na dobírku na výše uvedenou adresu <i>V tomto případě se požaduje žádost s úředně ověřeným podpisem.</i>
<i>Zavazuji se uhradit náklady spojené s pořízením vyžádaného výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace dle aktuálního Ceníku služeb nehrzených ze zdravotního pojištění a poštovné.</i>	
V _____ dne	Podpis žadatele
Záznam kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo, včetně záznamu o pořízení kopie nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace, pokud byly pořízeny.	
V _____ dne	Podpis pověřeného zaměstnance