

ŽÁDOST O NAHLÍŽENÍ/POŘÍZENÍ VÝPISU NEBO KOPIE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

PACIENT

Jméno, příjmení, titul:

.....

Datum narození: Adresa:

Telefon: E-mail:

ŽADATEL *(vyplňte, pokud žádá osoba odlišná od pacienta)*

Jméno, příjmení, titul:

.....

Datum narození: Adresa:

Telefon: E-mail:

jakožto

- zákonný zástupce/opatrovník pacienta
- osoba určená pacientem, zákonným zástupcem nebo opatrovníkem pacienta
- osoba blízká pacientoviⁱ (.....)
- pěstoun nebo jiná pečující osoba
- osoba blízkáⁱⁱ zemřelému pacientovi (datum úmrtí....., místo úmrtí.....)
- osoba oprávněná k nahlížení do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta

žádá PRIVAMED a.s., IČ: 46885251, se sídlem Kotíkovská 927/19, Severní Předměstí, 323 00 Plzeň (dále jen „NEMOCNICE“) o:

- nahlížení do zdravotnické dokumentace pacienta
- pořízení výpisů a kopií zdravotnické dokumentace pacienta

ⁱ V tomto případě je nutno uvést a doložit vztah osob blízkých (např. OP, rodný list, oddací list nebo čestné prohlášení osoby blízké).

ⁱⁱ V tomto případě je nutno uvést a doložit vztah osob blízkých (např. OP, rodný list, oddací list nebo čestné prohlášení osoby blízké).

Jedná se o zdravotnickou dokumentaci

z hospitalizace z období od do naoddělení nemocnice.

Přeji si tyto dokumenty

z ambulantního ošetření z období z
.....ordinace nemocnice. Přeji si tyto dokumenty

jiné

ZPŮSOB PŘEVZETÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Výpisy a kopie zdravotnické dokumentace převezmu

osobně

na poště

datovou schránkou ID

Nevyplývá-li ze zákona o zdravotních službách jinak, žadatel se zavazuje zaplatit nemocnici účelně vynaložené náklady na pořízení výpisu/kopie ze zdravotnické dokumentace vč. nákladů na odeslání dle ceníku nemocnice dostupného na webu nemocnice/v prostorech nemocnice.

K žádosti připojuji tyto přílohy:

.....
.....
.....

Datum: Podpis pacientaⁱⁱⁱ:

Datum: Podpis žadatele (nežádá-li pacient sám)^{iv}:

ČÁST VYPLŇOVANÁ ZAMĚSTNANCEM NEMOCNICE

Totožnost

pacienta

žadatele (nežádá-li pacient sám)

ⁱⁱⁱ Úředně ověřený podpis je vyžadován, je-li žádost zaslána poštou.

^{iv} Úředně ověřený podpis je vyžadován, je-li žádost zaslána poštou.

ověřena dle průkazu totožnosti (OP, cestovní pas)číslo

Vyjádření souhlasu/zákazu pacienta s nahlížením/požizováním kopií jeho zdravotnické dokumentace žadatelem ověřeno

Z:

V..... dne.....

Jméno a příjmení: Podpis:

KOPIE POŘÍDIL / DOHLÍŽEJÍCÍ ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK

Jméno, příjmení, titul:.....

Rozsah nahlížení:

Byly předány následující kopie:

NÁZEV

POČET STRAN

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum předání kopií / nahlížení do zdravotnické dokumentace:

.....

Předávající pracovník / dohlížejí zdravotnický pracovník:

.....

Převzal kopie/nahlížel do zdravotnické dokumentace:

Jméno a příjmení: Podpis: