

Žádost o pořízení výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace

(ust. § 65 až 69 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách)

Pacient

Jméno: Příjmení:

Datum narození/RČ:

Číslo občanského průkazu/pasu:

Kontakt (telefon, e-mail, adresa):

Žadatel – jiná oprávněná osoba

(vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám, tj. zákonný zástupce pacienta, osoba určená pacientem nebo zákonným zástupcem pacienta, pěstoun nebo jiná pečující osoba, osoba blízká)

Poznámka: osobou blízkou jsou příbuzní v řadě přímé, tzn. rodiče, děti, prarodiče, vnuci, dále sourozenec a manžel, partner; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní.

Jméno: Příjmení:

Datum narození/RČ:

Vztah k pacientovi:

Číslo občanského průkazu/pasu:

Kontakt (telefon, e-mail, adresa):

Z hospitalizace – **období** (uved'te alespoň měsíc a rok) **na oddělení, jedná se mi konkrétně**

o následující dokumenty:

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

Nemocnice Český Brod s.r.o.

Z ambulantního ošetření – **období** (uved'te alespoň měsíc a rok) **na oddělení, jedná se mi konkrétně** o následující

dokumenty:

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

Pořízení výpisu nebo kopie vlastními prostředky: ano / ne (nehodící se škrtněte)

Postup k pořízení výpisu nebo kopie vlastními prostředky:

(uved'te ruční opis či druh technického prostředku, například fotoaparát)

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

Potvrzuji, že jsem se předem seznámil s ceníkem a s cenou za pořízení výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace a s těmito souhlasím. Jsem-li osobou blízkou, беру на vědomí, že poskytovatel zdravotních služeb může v případě pochybností ode mne požadovat předložení čestného prohlášení, ve kterém uvedu své kontaktní údaje a průkaz totožnosti. Jsem-li pěstounem nebo jinou pečující osobou, doložím tuto skutečnost kopií příslušného rozhodnutí. Současně prohlašuji, že všechny skutečnosti na této žádosti jsem uvedl pravdivě.

V dne

Podpis pacienta

.....
v případě zaslání žádosti poštou úředně ověřený
podpis žadatele (jiné oprávněné osoby)
pokud nežádá sám pacient

.....
v případě zaslání žádosti poštou úředně ověřený

Účel pořízení výpisů nebo kopií:

.....
.....

Čas zpracování:

.....

Datum předání/odeslání pacientovi – jiné oprávněné osobě:

.....

Předávající:
příjmení, jméno, podpis

Přebírající:
příjmení, jméno, podpis

Založení formuláře žádosti do zdravotnické dokumentace pacienta:

Kým:

Datum:.....Podpis:.....