

Žádost o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace

(ust. § 65 až 69 zák. č. 372/2011 Sb., o poskytnutí zdravotních služeb)

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:

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

V dne

.....
Podpis pacienta či žadatele

Nemocnice Český Brod s.r.o.

Vyplní zaměstnanec nemocnice:

Souhlas pacienta s nahlížením do zdravotnické dokumentace výše uvedenou osobou byl ověřen:

Kým:

Datum:

Podpis:

Totožnost žadatele (pacienta nebo jiné oprávněné osoby) byl ověřen:

Kým:

Datum:

Podpis:

Datum nahlédnutí:

Rozsah a účel:

.....

Čas zpracování:

Podpis:

*příjmení, jméno, podpis
pověřeného pracovníka*

.....

*příjmení, jméno, podpis
pacienta, jiné oprávněné osoby*

Založení formuláře žádosti do zdravotnické dokumentace pacienta:

Kým:

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