

ŽÁDOST A ZÁZNAM O NAHLÍŽENÍ, POŘÍZENÍ KOPIE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

PACIENT/KA

Příjmení a jméno, titul:RČ.:

Kontakt (telefon, e-mail, adresa):

Souhlasím, aby níže uvedená osoba byla obeznámena s mým rodným číslem.

ŽADATEL - OSOBA URČENÁ PACIENTEM (vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)

Příjmení a jméno, titul:Datum narození.:

Vztah k pacientovi: Číslo občanského průkazu/pasu:

Kontakt (telefon, e-mail, adresa):

Účel pořízení kopie.....

Žádám o:

Nahlížení/pořízení¹ kopie zdravotnické dokumentace: (v případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře)

z **hospitalizace** - období (uvedte alespoň měsíc a rok) a uveďte konkrétní dokumenty – název

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

z **ambulantního ošetření** - období (uvedte alespoň měsíc a rok) a uveďte konkrétní dokumenty – název

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

Prohlašuji, že se zavazuji uhradit náklady za pořízení požadovaných kopií dle ceníku NNP LDN Horažďovice, s.r.o.

Platbu je možné provést v pokladně číslo dveří 308 – oddělení PAM.

Datum: Podpis pacienta:

Datum: Podpis žadatele (určené osoby):

(pokud nežádá sám pacient)

VYPLNÍ ZAMĚSTNANEC NNP LDN Horažďovice, s.r.o.

Souhlas pacienta/ky s pořizováním kopie zdravotnické dokumentace/informací výše uvedené osoby ověřil/a:

Příjmení a jméno, pracovní zařazení:

Způsob ověření: Poučení a souhlas pacienta s hospitalizací Osobně dle občanského průkazu

Datum: **Podpis:**

¹ Zatrhněte o co žádáte

