



ŽÁDOST O NAHLÉDNUTÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE, POŘÍZENÍ JEJÍCH VÝPISŮ NEBO KOPIÍ

(dle ust. § 65 odst. 1 zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve znění pozdějších předpisů)

Já, níže podepsaný/á:

Jméno: _____ Příjmení: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo:* _____

Bydliště: _____

Telefon: _____ E-mail: _____ Datová schránka: _____

Žádám tímto o (zaškrtněte):

- Nahlédnutí do zdravotnické dokumentace
- Pořízení kopie (výpisu) zdravotnické dokumentace

pacienta (vyplní žadatel, není-li sám pacientem)

Jméno a příjmení pacienta: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo:* _____

Datum ošetření: _____ Místo ošetření:* _____

Vztah k pacientovi (manžel, manželka, otec, matka, syn, dcera atd.) _____

(Pokud žádající osoba/subjekt je povinen doložit „Souhlas pacienta o zproštění mlčenlivosti“, připojí ho ke své žádosti)

Způsob předání (zaškrtněte):

- Osobní vyzvednutí žadatelem po předchozí domluvě
- Odeslání na výše uvedenou adresu žadatele
- Odeslání do výše uvedené datové schránky žadatele

Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s ceníkem ZZS HMP za pořízení kopií (výpisů) zdravotnické dokumentace a zavazuji se uhradit náklady dle tohoto ceníku včetně poštovního. Platbu provedu předem v hotovosti na ZZS HMP dle domluvy anebo poukázáním platby na účet, uvedený na předem vystavené faktuře. Beru na vědomí, že požadované kopie (výpisy) obdržím až po uhrazení platby.

V _____ dne _____

Podpis žadatele: _____

*není povinné

