

ŽÁDOST O ZDRAVOTNICKOU DOKUMENTACI

dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

Druh zdravotnické dokumentace:

☐ ambulantní záznam

ambulance:.....

☐ chorobopis z doby hospitalizace

oddělení:.....

Datum hospitalizace / vyšetření:

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození nebo rodné číslo:

Bydliště:

- Pacient má zájem o:
- (zaškrtněte)
- 1) nahlédnutí do dokumentace (za trvání hospitalizace), včetně pořízení, výpisů nebo kopií z dokumentace
 - 2) nahlédnutí do dokumentace včetně pořízení, výpisů nebo kopií z dokumentace (po ukončení hospitalizace nebo ambulantního výkonu)
 - 3) výpis z dokumentace
 - 4) kompletní kopii zdravotnické dokumentace
 - 5) kopii záznamů z dokumentace
 - 6) CD s obrazovým záznamem

Služby 3) – 6) podléhají úhradě dle ceníku Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvkové organizace.

Jméno a příjmení žadatele:

- (jiná osoba než pacient – je nutno doložit oprávnění k podání žádosti)

Datum narození:

Bydliště:

Vztah k pacientovi:

Kontakt (telefonní číslo, e-mail):

Způsob vyzvednutí kopií zdravotnické dokumentace či její části:

☐ vyzvednutí osobně

☐ zaslání poštou do vlastních rukou

☐ zaslání datovou schránkou:

Datum podání žádosti:

Podpis:.....

Místo pro ověření podpisu:

OBLAST PRO ZÁZNAMY NEMOCNICE:

Vyřídil(a):..... Dne:.....

Způsob vyřízení:.....

Podpis odp. osoby:..... Podpis žadatele:.....