

ŽÁDOST O ZDRAVOTNICKOU DOKUMENTACIdle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách), 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**, na základě občanského průkazu (u cizince na základě cestovního dokladu, či jiného průkazu totožnosti /plné moci s úředně ověřeným podpisem
- ☐ **zaslání poštou do vlastních rukou**, svým podpisem souhlasím s úhradou poštovného ve výši 200 ,-Kč, a to i při prvním pořízení výpisu, či kopie zdravotnické dokumentace
- ☐ **zaslání datovou schránkou**, uvádím identifikátor datové schránky

Datum podání žádosti:**Podpis:**

Místo pro ověření podpisu:

OBLAST PRO ZÁZNAMY NEMOCNICE:

Vyřídil(a):..... Dne:.....

Způsob vyřízení:.....

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