

ŽÁDOST O NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE, POŘIZOVÁNÍ JEJICH VÝPISŮ NEBO KOPIÍ

PACIENT/KA

Příjmení a jméno, titul..... r. č.

Kontakt (telefon, e-mail, adresa)

Číslo občanského průkazu:

ŽADATEL – OSOBA URČENÁ PACIENTEM NEBO OSOBA OPRÁVNĚNÁ

(vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)

Příjmení a jméno, titul: Datum narození:

Vztah k pacientovi.....Číslo občanského průkazu:

Kontakt (telefon, e-mail, adresa)

Rozsah zdravotnické dokumentace (vypsat, z jakého oddělení a za jaké období pacient dokumentaci požaduje):

.....

.....

Pacient požaduje:

☐

Kopie

☐

Výpis

☐

Nahlížení

Způsob vyzvednutí:

☐

osobně

☐

zaslat na dodejku (zpoplatněno dle aktuálního ceníku České pošty s. p.)

O termínu nahlížení, pořizování výpisů nebo kopií a vyzvednutí bude žadatel informován pracovníkem Nemocnice Náchod.

Zpoplatněno dle platného ceníku Nemocnice Náchod umístěného na webových stránkách nemocnice: Kč

V dne

Podpis žadatele

V dne

Jméno a podpis pověřeného
zaměstnance Nemocnice Náchod