

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/KA – 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

☐ Elektronickou kopii na USB (zpoplatněno dle ceníku ONN)

Způsob vyzvednutí:

☐ osobně ☐ zaslat na dodejku

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 (1. žádost je od poplatku osvobozena): Kč

Vdne.....

.....
Podpis žadatele

Vdne.....

.....
Jméno a podpis pověřeného
zaměstnance Nemocnice Náchod