Žádost o nahlédnutí, pořízení výpisu/opisu/kopie zdravotnické dokumentace

Jméno a příjmení žadatele, titul:..

Rodné číslo žadatele:... číslo OP: ....

Adresa bydliště: ....

Telefonní kontakt: .... E-mail:..

Žádám o:

- ☐ nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě
- ☐ o pořízení výpisu, opisu, kopie zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě *)
- ☐ nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o tomto pacientu:....................................
- ☐ o pořízení výpisu, opisu, kopie zdravotnické dokumentace vedené o pacientu *): ....

Jméno, příjmení, titul pacienta: ....RČ: ....

Vztah k pacientovi: (manžel/ka, syn/dcera, partner apod.)...

Požaduji zpřístupnit zdravotnickou dokumentaci:

- ☐ z hospitalizace v období: (uveďte alespoň měsíc a rok)...

Název oddělení:...

- ☐ z ambulantního ošetření v období: (uveďte alespoň měsíc a rok)..

Název ambulance: ....

V případě výpisu, opisu nebo kopie zdravotnické dokumentace žádám o:

- ☐ pořízení veškeré zdravotnické dokumentace
- ☐ pořízení těchto částí zdravotnické dokumentace:

....

....

....

Výpis, opis nebo kopii zdravotnické dokumentace:

- ☐ převezmu osobně
- ☐ požaduji zaslat na výše uvedenou adresu

Zavazuji se uhradit náklady spojené s pořízením vyžádaného výpisu, opisu nebo kopie zdravotnické dokumentace dle aktuálního ceníku placených služeb Městské nemocnice, a.s. ve Dvoře Králové n. L., a dále případné poštovné.

V..dne: ....

podpis žadatele ....(je-li žádost zaslána poštou, musí být podpis úředně ověřen)

*) nehodící se škrtněte

Vyplněnou žádost odevzdejte nebo zašlete do sekretariátu MNDK