



## ŽÁDOST O NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE, POŘIZOVÁNÍ JEJÍCH 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

Elektronickou kopii na USB (zpoplatněno dle ceníku NRK)

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 Rychnov nad Kněžnou, o. z.

Zpoplatněno dle platného ceníku Nemocnice Rychnov nad Kněžnou, o. z. umístěného na webových stránkách nemocnice: ..... Kč

V ..... dne .....

Podpis žadatele

V ..... dne .....

Jméno a podpis pověřeného zaměstnance  
Nemocnice Rychnov nad Kněžnou, o. z.