

Žádost o nahlížení do zdravotnické dokumentace, pořízení výpisu, opisu, kopie

Jméno a příjmení:.....

č.OP:

Datum narození:.....

Telefon:

Plná moc ze dne:.....

týká se :

Bydliště:.....

(číslo OP a plná moc se vyplní, pokud se nejedná o žádost samotného pacienta)

* a) žadatel:

* b) jedná se o:

- ☐ pacient
- ☐ osoba blízká
- ☐ zákonný zástupce
- ☐ pěstoun
- ☐ opatrovník
- ☐ druh, družka
- ☐ registrovaný partner

- ☐ nahlížení
- ☐ výpis
- ☐ opis
- ☐ kopie

* c) v rozsahu a za účelem:

.....

.....

* d) pacient: ☐ hospitalizovaný
☐ vyšetřen ambulantně

* (odpovídající označte křížkem)

Celková částka žadatele činí (vyplní nemocnice): Kč

Svým podpisem stvrzuji, že mi bylo umožněno do zdravotnické dokumentace nahlédnout v požadovaném rozsahu a v případě požádání o pořízení výpisu, opisu, kopie zdravotnické dokumentace mi bylo vyhověno.

V Berouně dne:

.....
Podpis žadatele

.....
Jmenovka a podpis zdravotnického pracovníka,
který výpis, opis či kopii pořídil nebo dohlížel

Po podpisech zúčastněných osob se záznam, popř. plná moc a doklad o zaplacení, stává součástí zdravotnické dokumentace pacienta.

