

ŽÁDOST O KOPII, NAHLÉDNUTÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

PACIENT☐ žijící pacient☐ zemřelý pacient

Příjmení a jméno:

Rodné číslo

Bydliště:

Telefonní číslo/email:

ŽADATEL

nutno vyplnit, pokud nežádá pacient

Příjmení a jméno:

Bydliště:

Telefonní číslo/email:

- Jsem vůči pacientovi:
- ☐ zákonný zástupce (opatrovník - přiložit rozhodnutí soudu)
 - ☐ osoba určená pacientem v souhlasu s hospitalizací
 - ☐ osoba blízká (otec/matka, syn/dcera, manžel/ka, bratr/sestra)
 - ☐ osoba zmocněná (doložte ověřenou plnou moc)

POŽADUJI

- ☐ kompletní kopii zdravotnické dokumentace (celý chorobopis, ambulantní karta)
- ☐ částečnou kopii zdravotnické dokumentace (propouštěcí zpráva, operační protokol, atd.)
- ☐ nahlédnutí do zdravotnické dokumentace

Doplňte
upřesnění:

Z ODDĚLENÍ: ZA ČASOVÉ OBDOBÍ:

PŘEVZETÍ PŘIPRAVENÉ KOPIE, VÝPISU

- ☐ osobně
- ☐ požaduji zaslat do mé datové schránky, ID
- ☐ požaduji zaslat na adresu

.....

PODPIS