

ŽÁDOST O NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE, POŘÍZENÍ VÝPISU, OPISU, KOPIE

Níže uvedeného dne bylo:

a) na žádost:

Jméno a příjmení: číslo OP:
Datum narození: Telefon:
Plná moc ze dne: Týká se :
Bydliště:

Se souhlasem lékaře MUDr.: Jmenovka podpis:

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

b) jedná se o (odpovídající označte křížkem):

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pacient | <input type="checkbox"/> otevřená ZD (číslo chorobopisu) | <input type="checkbox"/> nahlížení |
| <input type="checkbox"/> osoba blízká | | <input type="checkbox"/> výpis |
| <input type="checkbox"/> zákonný zástupce | <input type="checkbox"/> uzavřená ZD (číslo chorobopisu) | <input type="checkbox"/> opis |
| <input type="checkbox"/> pěstoun | <input type="checkbox"/> ambulantní karta | <input type="checkbox"/> kopie |
| <input type="checkbox"/> opatrovník | <input type="checkbox"/> pověření, plná moc | |
| <input type="checkbox"/> druh, družka | | |
| <input type="checkbox"/> registrovaný partner | | |

V rozsahu a za účelem:

V čase od: **do:** **hod.**

Celková částka za provedené úkony činí: **Kč**

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

V Praze dne:
Podpis žadatele

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