



DN0004/01

Žádost o nahlížení do zdravotnické dokumentace

ŽÁDOST O NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

PACIENT/KA

Příjmení a jméno, titul: RČ.:

Kontakt (telefon, e-mail, adresa):

Souhlasím, aby níže uvedená osoba byla obeznámena s mým rodným číslem.

ŽADATEL - OSOBA URČENÁ PACIENTEM (vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)

Příjmení a jméno, titul: datum naroz.:

Vztah k pacientovi: Číslo občanského průkazu:

Kontakt (telefon | e-mail, adresa):

Žádám o možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace:

(v případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře)

Z hospitalizace - období (uved'te alespoň měsíc a rok): .

na oddělení:

z ambulantního ošetření - období (uved'te alespoň měsíc a rok):

na oddělení:

jiné:

.....
.....
.....

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis žadatele -určené osoby, pokud nežádá sám pacient:

VYPLNÍ ZAMĚSTNANEC Domažlické nemocnice a.s.

Souhlas pacienta/ky s nahlížením výše uvedené osoby do zdravotnické dokumentace byl ověřen:

kým:

jak:

dle Souhlasu s hospitalizací

jinak:

Datum:Podpis:.....