



DN0005/01

Žádost a záznam o pořízení kopie ze zdravotnické dokumentace

## ŽÁDOST A ZÁZNAM O POŘÍZENÍ KOPIE 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 pořízení kopie zdravotnické dokumentace: (v případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře)

z hospitalizace - období (uvedte alespoň měsíc a rok), na oddělení, jedná se mi konkrétně o následující dokumenty (uvedte název, datum, příp. období od - do; např. výsledek CT vyšetření. leden 2004 nebo celý svazek, leden 2004):

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

z ambulantního ošetření - období (uvedte alespoň měsíc a rok), na oddělení, jedná se mi konkrétně o následující dokumenty (uvedte název, datum, příp. období od - do; např. výsledek CT vyšetření. leden 2004 nebo celý svazek. leden 2004):

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

jiné:

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

Prohlašuji, že se zavazuji uhradit náklady za pořízení požadovaných kopií dle ceníku Domažlické nemocnice, a.s.

Platbu je možné provést v Pokladně nemocnice

Beru na vědomí, že kopírování bude zahájeno až po zaplacení.

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis žadatele-určené osoby (pokud nežádá sám pacient):

VYPLNÍ ZAMĚSTNANEC Domažlické nemocnice, a.s.

Souhlas pacienta/ky s pořizováním kopii zdravotnické dokumentace výše uvedenou osobou byl ověřen

kým: .....

jak:

Souhlas s hospitalizací

jinak: .....

Datum: ..... Podpis: .....

