

ŽÁDOST O NAHLÉDNUTÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE, O POŘÍZENÍ VÝPISŮ NEBO KOPIÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Žadatel: (jméno, příjmení, datum narození, adresa, kontaktní telefon, e-mail):		
Žádám o tuto službu: (zaškrtněte požadované)	<input type="checkbox"/> možnost nahlédnutí <input type="checkbox"/> pořízení výpisů <input type="checkbox"/> pořízení kopií	<input type="checkbox"/> o mé osobě <input type="checkbox"/> o pacientovi* <i>(*údaje o pacientovi vyplňte níže)</i>
Pacient: (jméno, příjmení, rodné číslo/datum narození)		
Vztah k pacientovi (manžel, manželka, syn, dcera, vnuk, vnučka, opatrovník ...):		
<p><i>Pokud pacient neurčil ve své zdravotnické dokumentaci žadatele jako osobu, která může nahlížet do zdravotnické dokumentace pacienta, pořizovat si její výpisy nebo kopie, resp. nezakázal poskytování informací jakékoliv osobě, popř. žadateli, je žadatel povinen prokázat, že je osobou, která má v souladu s ust. § 65 odst. 1 zákona o zdravotních službách oprávnění nahlížet do zdravotnické dokumentace pacienta, pořizovat její výpisy a kopie. Dokladem prokazujícím takovéto oprávnění jsou zejména: rodný list, oddací list, originál či úředně ověřená kopie soudního rozhodnutí, jímž byl žadatel jmenován opatrovníkem pacienta, písemný souhlas (plná moc) s úředně ověřeným podpisem pacienta, zákonného zástupce nebo opatrovníka pacienta s tím, aby žadatel nahlížel do zdravotnické dokumentace pacienta a pořizoval si její výpisy a kopie, čestné prohlášení žadatele s úředně ověřeným podpisem, příp. jiná listina prokazující vztah žadatele k pacientovi.</i></p>		
Rozsah zdravotnické dokumentace: (zaškrtněte požadované)	<input type="checkbox"/> kompletní za období: <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> část (určete rozsah a období):	
Způsob: (zaškrtněte požadované)	<input type="checkbox"/> osobně <input type="checkbox"/> požaduji zaslat na dobírku na výše uvedenou adresu* <i>*v tomto případě se požaduje žádost s úředně ověřeným podpisem</i>	
<p><i>Zavazuji se uhradit náklady spojené s pořízením vyžádaného výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace dle aktuálního Ceníku zdravotnického zařízení Vividus Medical.</i></p>		
V	dne	Podpis žadatele

Dále vyplňuje zdravotnické zařízení (NEVYPLŇUJE ŽADATEL)

Záznam kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo, včetně záznamu o pořízení výpisů nebo kopií ze zdravotnické dokumentace, pokud byly pořízeny:

Ověření totožnosti žadatele (doklad, číslo):

V

dne

Podpis pověřeného zaměstnance