

ŽÁDOST A ZÁZNAM O NAHLÍŽENÍ / POŘÍZENÍ KOPIE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

PACIENT/KA:

Příjmení a jméno, titul:

Datum narození: RČ:

Číslo OP/pasu:

Adresa, telefon, e-mail:

ŽADATEL (vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám – oprávněná osoba):

Příjmení, jméno, titul: Datum narození:

Vztah k pacientovi: Číslo OP/pasu:

Adresa:

Telefon: email:

Žádám o: nahlížení do zdravotnické dokumentace pořízení kopie zdravotnické dokumentace **z hospitalizace**

na klinice/oddělení:

Období (datum):

Popis:

 z ambulantního ošetření/vyšetření

na klinice/oddělení:

Období (datum):

Popis:

 Obrazová dokumentace na multimediální nosič

Období datum): Popis:

 jiné:**Požadovanou zdravotnickou dokumentaci převezmu:** **osobně** **na poště** (předchozí úhrada hotově/bankovním převodem) **na poště** (úhrada dobírkou)**Beru na vědomí, že pořízení kopií zdravotnické dokumentace je zpoplatněno dle aktuálního ceníku FN Plzeň, výši poplatku nelze předem stanovit a náklady za pořízení kopie zdr. dokumentace jsem povinen uhradit i v případě nepřevzetí.**

Datum: Podpis pacienta/žadatele:

ZÁZNAMY PRO POTŘEBY FN PLZEŇ:

Oprávnění žadatele k nahlížení/ pořizování kopií zdravotnické dokumentace byl ověřen:

 formulář FN/0644 KIS WM jinak:

Datum: Příjmení a jméno: Podpis:

ZD vyžádána na ZOK dne:

Pacient/žadatel vyzván k převzetí ZD: emailem, dne: SMS dne:

