Žádost o nahlížení / pořízení kopie zdravotnické dokumentace („ZD“)

Identifikace žadatele (oprávněné osoby)	
Jméno a příjmení	
Adresa	
Číslo OP	
Datum narození	

Žádám o:		
	☐ Nahlížení do ZD	**☐ Zhotovení kopie ZD**
☐	vedené o mé osobě nebo o níže uvedené osobě blízké (definujte svůj vztah k pacientovi……)	
☐	osoby s omezenou svéprávností, jejíž jsem opatrovník	
☐	pacienta, který projevil souhlas s tímto zhotovením v můj prospěch v informovaném souhlasu s hospitalizací	
☐	zemřelého pacienta, který oprávněnou osobu neuvedl, ale ze zákona jako osoba blízká mám na informace nárok	
☐	na základě plné moci udělené pacientem/oprávněnou osobou	

Identifikace pacienta a ZD	
Jméno a příjmení	
Datum narození	
Z pracoviště	
Identifikace ZD (za období, oddělení)	
Rozsah ZD (úplná, propouštěcí zpráva, operační protokol apod.)	

Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s ceníkem ZZ za pořízení kopie ZD. A zavazuji se uhradit náklady za pořízení požadovaných kopií dle tohoto ceníku. Platbu provedu na ekonomickém oddělení zdravotního zařízení osobně nebo bankovním převodem a beru na vědomí, že požadované dokumenty obdržím až po předložení dokladu o zaplacení.

Přijetí žádosti	
Datum přijetí	
Podpis žadatele	
Podpis příjemce žádosti	

Nahlížení do zdravotnické dokumentace	
Datum, čas (od – do)	
Rozsah nahlížení	
Účel nahlížení	
Podpis žadatele	
Způsob ztotožnění žadatele, příp. ověření jeho vztahu k pacientovi	
Podpis pověřeného pracovníka, který byl nahlížení přítomen	

Předání kopie zdravotnické dokumentace	
Rozsah předávané ZD	
Účel pořízení kopie ZD	
Datum a podpis ředitele *	
Datum a podpis primáře / staniční sestry	
Datum a podpis pověřeného pracovníka, který kopii ZD předal	
Datum a podpis žadatele	
Způsob ztotožnění žadatele, příp. ověření jeho vztahu k pacientovi	
Datum a způsob odeslání kopie ZD, není-li předávaná osobně	

Účtovací předpis			
Cena za vytištění / ofocení	**Cena za stranu**	**Počet stran**	**Cena celkem k úhradě**

* v případě vyžádaní ZD pro potřeby soudu/státního zastupitelství/policie