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

|  |  |
| --- | --- |
| **Identifikace žadatele (oprávněné osoby)** | |
| **Jméno a příjmení** |  |
| **Adresa** |  |
| **Číslo OP** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Kontakt (telefonní číslo, event. e-mail)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Žádám o:** | | |
| * **Nahlížení do ZD** | | * **Zhotovení kopie ZD** |
| □ | vedené o mé osobě nebo o níže uvedené osobě blízké  (definujte svůj vztah k pacientovi…………………………………………………………………………...) | |
| □ | dítěte, jehož jsem zákonný zástupce, pěstoun nebo jiná pečující osoba, které je dítě svěřeno do osobní péče soudem | |
| □ | 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 nemocnice za pořízení kopie ZD a zavazuji se uhradit náklady za pořízení požadovaných kopií dle tohoto ceníku. Platbu provedu předem na centrálním registru nemocnice a beru na vědomí, že požadované 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 / vrchní 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 – vytištění / ofocení** | **Cena za stranu** | **Počet stran** | **Cena celkem k úhradě** |
|  |  |  |  |

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