

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

Identifikace žadatele (oprávněné osoby)	
Jméno a příjmení	
Adresa	
Mobilní telefon	
Email (datová schránka)	
Číslo OP	
Datum narození	

Žádám o:	
☐ Nahlížení do ZD	☐ Pořízení výpisu ZD
☐ Zhotovení kopie ZD	
☐	vedené o mé osobě
☐	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 mne určil jako osobu oprávněnou nahlížet do ZD nebo pořizovat výpis či kopie ZD v informovaném souhlasu s hospitalizací
☐	pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav oprávněnou osobu určit, ale ze zákona mám jako osoba blízká na informace nárok (můj vztah k pacientovi) ¹
☐	zemřelého pacienta, kdy ze zákona mám jako osoba blízká na informace nárok (můj vztah k zemřelému pacientovi) ²
☐	na základě plné moci udělené pacientem/oprávněnou osobou ³

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

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.

¹ Pokud pacient dříve vyslovil zákaz sdělovat informace o jeho zdravotním stavu určitým osobám blízkým, lze informace těmto osobám podat pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo zdraví další osoby, a to pouze v nezbytném rozsahu.

² Pokud zemřelý pacient za svého života vyslovil zákaz sdělovat informace o jeho zdravotním stavu určitým osobám blízkým, lze informace těmto osobám blízkým podat pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo zdraví další osoby, a to v nezbytném rozsahu.

³ Podpis osoby udělující plnou moc musí být úředně ověřen.

Přijetí žádosti	
Datum přijetí	
Podpis žadatele ⁴	
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 ⁵	
Datum a podpis primáře / vrchní sestry	
Datum a podpis pověřeného pracovníka, který kopii ZD předal	
Datum a podpis žadatele, kteý výpis nebo kopii ZD převzal	
Způsob ztotožnění žadatele, příp. ověření jeho vztahu k pacientovi	
Datum a způsob odeslání kopie ZD, není-li předávaná osobně	

Účtovací předpis			
Náklady na pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace (výpis, kopie ZD, kopie obrazové dokumentace na CD/DVD)			
Cena - vytištění / ofocení	Cena za stranu	Počet stran	Cena celkem k úhradě

⁴ Pokud je žádost zasílaná poštou, musí být podpis žadatele úředně ověřen.

⁵ V případě vyžádání ZD pro potřeby soudu/státního zastupitelství/policie.