

Žádost o nahlížení, pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace („ZD“)

Identifikace žadatele (oprávněné osoby)	
Jméno a příjmení	
Adresa	
Číslo OP	
Datum narození	
Kontaktní údaje (telefon, email, příp. datová schránka)	

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 zdravotnické dokumentace	
Jméno a příjmení	
Datum narození	
Identifikace ZD (oddělení, za období)	
Rozsah ZD (úplná nebo uveďte konkrétní dokumenty)	
Účel pořízení výpisu nebo kopie ZD	

Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s ceníkem za pořízení výpisu nebo kopie ZD zveřejněném na webových stránkách nemocnice a zavazuji se uhradit náklady za pořízení požadovaného výpisu nebo kopií dle tohoto ceníku. Platbu provedu na centrálním registru nemocnice, příp. na základě faktury, pokud jsou výpis nebo kopie ZD zasílány poštou či datovou schránkou.

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	
Podpis žadatele	
Způsob ztotožnění žadatele, příp. ověření jeho vztahu k pacientovi	
Podpis pověřeného pracovníka, který byl nahlížení přítomen	

Předání výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace	
Rozsah předávané ZD	
Účel pořízení výpisu nebo kopie ZD	
Datum a podpis ředitele ⁵	
Datum a podpis primáře / vrchní sestry	
Datum a podpis pověřeného pracovníka, který výpis nebo kopii ZD předal	
Datum a podpis žadatele, který výpis nebo kopii ZD převzal	
Způsob ztotožnění žadatele, příp. ověření jeho vztahu k pacientovi	
Datum a způsob odeslání výpisu nebo kopie ZD, nejsou-li předávány osobně	

Účtovací předpis		
Náklady na pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace (výpis, kopie ZD, kopie obrazové dokumentace na CD/DVD)		
Požadovaná dokumentace	Počet	Cena dle platného ceníku
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.