

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

(dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách)

Níže uvedeného dne bylo:

a) na žádost:

Jméno a příjmení:

č. OP nebo jiného dokladu:

Datum narození

kontakt (e-mail, telefon):

Plná moc ze dne:

týká se:

Bydliště:

Se souhlasem lékaře MUDr.:

jmenovka podpis:

b) Jedná se o (odpovídající označte křížkem):

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pacient | <input type="checkbox"/> otevřená ZD (číslo chorobopisu) | <input type="checkbox"/> nahlížení |
| <input type="checkbox"/> osoba blízká (odst. 2.3 směrnice) | <input type="checkbox"/> uzavřená ZD (číslo chorobopisu) | <input type="checkbox"/> výpis |
| <input type="checkbox"/> zákonný zástupce | <input type="checkbox"/> ambulantní karta | <input type="checkbox"/> kopie |
| <input type="checkbox"/> pěstoun | <input type="checkbox"/> pověření, plná moc | <input type="checkbox"/> datový nosič |
| <input type="checkbox"/> opatrovník | <input type="checkbox"/> ověřen v Informovaném souhlase | |
| <input type="checkbox"/> druh, družka | | |
| <input type="checkbox"/> registrovaný partner | | |

V rozsahu a za účelem (* označte variantu)

- celé zdravotnické dokumentace
- části zdravotnické dokumentace od strany č. do strany č.
- pouze těchto dokumentů
- jiné, vymezení rozsahu.....

Nahlédnutí*/pořízení výpisu nebo kopie bylo umožněno:

- osobě definované v odstavci b)
- za účelem kontroly dokumentace v rámci interních auditů Nemocnice Havířov, p.o.
- za účelem auditu členů certifikační autority
- za účelem externího auditu
- ostatní

V čase od:do:..... hod.

Celková částka za provedené úkony činí:.....Kč



Nemocnice Havířov, p.o.
Dělnická 1132/24, Havířov
PSČ 736 01, IČ 00844896

Prohlašuji, že se zavazuji uhradit náklady za pořízení požadovaných dokumentů dle ceníku Nemocnice Havířov, příspěvkové organizace

Svým podpisem stvrzuji, že mi bylo umožněno do zdravotnické dokumentace nahlédnout v požadovaném rozsahu a v případě požádání o pořízení výpisu, opisu, kopie zdravotnické dokumentace mi bylo vyhověno.

V Havířově dne:

Podpis žadatele (určené osoby):

Jmenovka a podpis zdravotnického
pracovníka:

Po podpisech zúčastněných osob se záznam, popř. plná moc a doklad o zaplacení, stává součástí zdravotnické dokumentace pacienta.