

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):

☐ pacient

☐ otevřená ZD (číslo chorobopisu)

☐ nahlížení

☐ osoba blízká (odst. 2.3 směrnice)

☐ uzavřená ZD (číslo chorobopisu)

☐ výpis

☐ zákonný zástupce

☐ ambulantní karta

☐ kopie

☐ pěstoun

☐ pověření, plná moc

☐ datový nosič

☐ opatrovník

☐ ověřen v Informovaném souhlase

☐ druh, družka

☐ 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 Moravskoslezské 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

Prohlašuji, že se zavazuji uhradit náklady za pořízení požadovaných dokumentů dle ceníku Moravskoslezské 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.