

Žádost o pořízení výpisu či kopií ze zdravotnické dokumentace

v souladu s § 65-69 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

žádám o pořízení výpisu či kopie*) a to ze zdravotnické dokumentace

Pacient:

Pan/paní: Datum narození:

č. OP/pasu:..... Kontakt (telefon/email):.....

Adresa:

Žadatel – jiná oprávněná osoba

Vyplňte v případě, pokud žádá se souhlasem pacienta jiná osoba, tj. zákonný zástupce pacienta, osoba určená pacientem nebo zákonný zástupcem pacienta, pěstoun nebo jiná pečující osoba, osoba blízká.

Pan/paní: Datum narození:

č. OP/pasu:..... Kontakt (telefon/email):.....

Adresa:

za časové období hospitalizace či ambulantního ošetření

na oddělení či ambulanci:

požadované dokumentace (zda žádáte o celou zdravotní dokumentaci nebo její část):

.....

Při převzetí pořízených výpisů nebo kopií ze zdravotnické dokumentace na žádost zákonného zástupce či osoby blízké je nutno doložit příbuzenský vztah (OP, rodný list, oddací list, atd.)

Potvrzuji, že jsem se předem seznámil/a s ceníkem a s cenou za pořízení výpisu či kopií zdravotnické dokumentace. Dokumentaci převezmu a zaplatím následujícím způsobem:

- 1) osobně*) - v hotovosti/ platební kartou v pokladně Nemocnice Dačice, a.s
- 2) poštou *) – dobírkou/ převodem z účtu na č.ú.: 103806242/2250 var. symbol: rod.č.

V dne

.....

Podpis pacienta/žadatele
(ověřený podpis)

Pro případ zasílání výpisu či kopií ze zdravotnické dokumentace poštou je nutný úředně ověřený podpis žadatele. Při osobním převzetí totožnost dle OP žadatele ověří pověřený pracovník Nemocnice Dačice, a.s.

*Vysvětlivka: *) žadatel zaškrtně variantu*

Poučení: Pacient svým podpisem potvrzuje, že ve výše uvedeném místě a čase požádal o vystavení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace a že všechny údaje této žádosti uvedl pravdivě. Nemocnice Dačice, a.s. neodpovídá za případné zneužití informací z kopie zdravotnické dokumentace od momentu předání poštovní zásilky obsahující kopii zdravotnické dokumentace provozovateli poštovní služby.

Záznam o předání pořízených výpisů či kopií ze zdravotnické dokumentace

(vyplňuje zaměstnanec nemocnice)

Totožnost pacienta nebo jiné oprávněné osoby ověřil:

Jméno a příjmení zaměstnance:

Datum: Podpis:

Souhlas pacienta s pořízením výpisů nebo kopií ze zdravotnické dokumentace ověřil:

Jméno a příjmení zaměstnance:

Datum: Podpis:

Kopii či výpis pořídil:

Jméno a příjmení
zaměstnance.....

Byly předány/ odeslány následující kopie, výpisy:

Položka – dokument, práce	strany, datové nosiče, čas	cena za položku
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Poštovné – dle sazebníku České pošty:

VYÚČTOVÁNÍ – celková cena za pořízení vč. DPH:

Předáno dne: pacientovi nebo jiné oprávněné osobě/ k odeslání na podatelnu

Předávající: Přebírající:

.....
podpis

.....
podpis