

ŽÁDOST O NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

PACIENT/KA

Příjmení, jméno, titul: RČ

Kontakt (telefon, e-mail, adresa):

Souhlasím, aby níže uvedená osoba byla obeznámena s mým rodným číslem.

ŽADATEL

– OSOBA URČENÁ PACIENTEM, ZÁKONNÝM ZÁSTUPCEM nebo OPATROVNÍKEM

– OSOBA BLÍZKÁ ZEMŽELÉMU PACIENTOVI

(vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)

Příjmení, jméno, titul: datum narození:

Vztah k pacientovi: číslo OP:

Kontakt (telefon, e-mail, adresa):

Žádám o možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace:

(v případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře)

– z hospitalizace – období (uved'te alespoň měsíc a rok):

na oddělení:

– z ambulantního ošetření - období (uved'te alespoň měsíc a rok):

Datum:

Čas:

ÚHKŤ/oddělení:

Podpis pacienta (pacientky) čitelně:

Podpis žadatele (určené osoby) pokud nežádá sám pacient:

Vyplní zaměstnanec ÚHKŤ

Souhlas pacienta/ky s nahlížením do zdravotnické dokumentace výše uvedenou osobou byl ověřen kým:

Uved'te jméno, příjmení a funkci:

Jak:

– dle souhlasu pacienta s poskytováním informací o zdravotním stavu

– jinak (uved'te):

Datum a čas:

Podpis zaměstnance ÚHKŤ: