**ŽÁDOST A ZÁZNAM O POŘÍZENÍ KOPIE, VÝPISU 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 PACIENTA**
* **OSOBA BLÍZKÁ ZEMŘELÉMU PACIENTOVI**

*(vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)*

Příjmení a jméno, titul: ....................................................... datum narození: ………………………..

Vztah k pacientovi: ……………………….. číslo OP/pasu: …………………………

Kontakt (telefon, e-mail, adresa): ....................................................

**Žádám o pořízení kopie/výpisu[[1]](#footnote-1) zdravotnické dokumentace:**

*(V případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře.)*

z hospitalizace – období (uveďte alespoň měsíc a rok), na klinice/oddělení, jedná se mi konkrétně o následující dokumenty (uveďte název, datum, příp. období od – do; např. výsledek CT vyšetření, leden 2021 nebo celý svazek, leden 2021):

z ambulantního ošetření – období (uveďte alespoň měsíc a rok), na oddělení, jedná se mi konkrétně o následující dokumenty (uveďte název, datum, příp. období od - do; např. výsledek CT vyšetřeni, leden 2021 nebo svazek, leden 2021): jiné:

Prohlašuji, že se zavazuji uhradit náklady za pořízení požadovaných kopií dle ceníku ÚHKT, se kterým jsem byl seznámen. Platba je přijímána formou hotovosti, na pokladně ÚHKT (budova C, 1. patro) v jejích úředních hodinách, nebo bezhotovostním převodem na účet ÚHKT, č. účtu: 31438021/0710, vedený u ČNB Praha 1, s přiděleným variabilním symbolem, který obdržíte na základě předběžné kalkulace Vašeho požadavku dle podané žádosti. Po zaplacení částky vyčíslené ÚHKT bude požadavek vyřízen a v případě rozdílů s předběžnou kalkulací Vám bude zbývající částka doúčtována. Vydání požadovaných dokumentů je podmíněno zaplacením úhrady.

Beru na vědomí, že kopírování či pořízení výpisu bude zahájeno až po zaplacení.

Datum/čas: …………………………………………

ÚHKT/oddělení: …………………………………………

Jméno a podpis pacient/ky: ……………………………………………………………………..

Jméno a podpis žadatele (určené osoby), pokud nežádá sám pacient: …………………………………………………

**VYPLŇUJE ZAMĚSTNANEC ÚHKT:**

* ověření totožnosti oprávněné osoby, pokud žadatelem je pacient;
* ověření souhlasu pacienta s nahlížením do zdravotnické dokumentace nebo pořízením kopií nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace v případě že žádá osoba odlišná od pacienta.

Ověřil/a:

**Příjmení a jméno, pracovní zařazení:** ...........................................................................................

**Způsob ověření**: □ Číslo OP □ Poučení a souhlas pacienta s hospitalizací □ Plná moc

□ Jiný způsob ověření …………….

Datum: ........................

Podpis: ........................

**PŘÍTOMEN NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE:**

Příjmení, jméno, pracovní zařazení: …………………………………………………………………………….

Nahlížení proběhlo od ……….…………. do ……………………..

**Datum**: ................................... **Podpis**: ..................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | **Cena** |
|  | **Počet stran** |  |
| Kopie ZD - A4 jednostranná kopie (černobílá 2,- Kč) |  |  |
| Kopie ZD - A4 oboustranná kopie (černobílá 3,- Kč) |  |  |
| Kopie ZD - A3 jednostranná kopie (černobílá 3,- Kč) |  |  |
| Kopie ZD - A3 oboustranná kopie (černobílá 4,- Kč) |  |  |
| Výtisk z tiskárny počítače (3,-Kč/strana) |  |  |

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

Prohlášení oprávněné osoby – pacienta/žadatele:

Svým podpisem stvrzuji, že

* mi bylo umožněno do zdravotnické dokumentace nahlédnout v mnou požadovaném rozsahu;
* jsem převzal, v plném rozsahu, mnou požadované kopie zdravotnické dokumentace nebo výpisy   
  ze zdravotnické dokumentace.

Datum předání kopií nebo výpisů ze zdravotnické dokumentace nebo datum nahlížení: ..............................

Podpis za poskytovatele: ........................................................……………………………………

příjmení, jméno, podpis

Podpis oprávněné osoby: ........................................................……………………………………

(pacient nebo žadatel) příjmení, jméno, podpis

1. Nehodící se škrtněte. [↑](#footnote-ref-1)