**ŽÁDOST A ZÁZNAM O POSKYTNUTÍ KOPIE, VÝPISU ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE**

**PACIENT/KA:**

Příjmení, jméno, titul: …………………………………………………..…………… Rodné číslo: ……………………………….

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

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

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

* **ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE PACIENTA, OPATROVNÍK PACIENTA**
* **OSOBA URČENÁ PACIENTEM, ZÁKONNÝM ZÁSTUPCEM nebo OPATROVNÍKEM PACIENTA, PĚSTOUN NEBO JINÁ PEČUJÍCÍ OSOBA**
* **OSOBA BLÍZKÁ ZEMŘELÉMU PACIENTOVI**

 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:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Způsob poskytnutí příslušné kopie nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace:*

*☐ osobní vyzvednutí na ÚHKT (U Nemocnice 2094/1, 128 00 Praha 2, (\*))*

*☐ zaslání do datové schránky: ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*☐ zaslání poštou na adresu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

*(V případě, že jakožto pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta opakovaně žádám pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace nebo o pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace žádám jakožto osoba určená pacientem, zákonným zástupcem nebo opatrovníkem pacienta, pěstoun nebo jiná pečující osoba nebo osoba blízká zemřelému pacientovi, tímto prohlašuji, že se zavazuji uhradit náklady představující součet účelně vynaložených nákladů na pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace a za jejich odeslání, to vše dle ceníku ÚHKT, se kterým jsem byl seznámen. Platba je přijímána formou hotovosti, v 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.)*

Datum/čas: …………………………………………

ÚHKT/oddělení: …………………………………………

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

Jméno a podpis žadatele, pokud nežádá sám pacient[[2]](#footnote-2): …………………………………………………

**VYPLŇUJE ZAMĚSTNANEC ÚHKT:**

* ověření totožnosti oprávněné osoby;
* ověření souhlasu pacienta s poskytnutím kopie nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace v případě že žádá osoba odlišná od pacienta, resp. ověření určení dané osoby pacientem oprávněné k pořizování výpisů a kopií zdravotnické dokumentace ve smyslu § 33 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (*ověřuje se zpravidla. na základě záznamů ve zdravotnické dokumentaci nebo na základě plné moci s úředně ověřeným podpisem pacienta*).

Ověřil/a:

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

**Způsob ověření totožnosti pacienta/žadatele**:

□ Číslo OP □ Úředně ověřený podpis žadatele na žádosti

□ Jiný způsob ověření ..................................

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

**Úhrada nákladů spojených s pořízením výpisu, opisu či kopie ZD:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***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.­\*\****

*(\*\*) Tato část se vyplňuje pouze v případech opakovaného pořízení výpisu nebo kopie ze zdravotnické dokumentace dle § 66 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, poskytuje poskytovatel zdravotních služeb první kopii nebo výpis ze zdravotnické dokumentace pořizované na žádost pacienta, zákonného zástupce nebo opatrovníka pacienta zdarma.*

**PROHLÁŠENÍ OPRÁVNĚNÉ OSOBY – pacienta/žadatele:**

(Vyplňuje se v případě, že kopie a/nebo výpis ze zdravotnické dokumentace byl poskytnut v listinné podobě a předán v rámci osobního převzetí.)

Svým podpisem stvrzuji, že

* jsem převzal, v plném rozsahu, mnou požadované kopie zdravotnické dokumentace nebo výpisy
ze zdravotnické dokumentace.

Datum poskytnutí kopií nebo výpisů ze zdravotnické dokumentace: ................................

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

 příjmení, jméno, podpis

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

(pacient nebo žadatel) příjmení, jméno, podpis

1. Nehodící se škrtněte. \*doplnit oddělení, resp. místo, kde si lze ZD vyzvednout [↑](#footnote-ref-1)
2. (Žádá-li oprávněná osoba (pacient nebo žadatel) dálkovým způsobem, je nutný úředně ověřený podpis.) [↑](#footnote-ref-2)