**ŽÁDOST O NAHLÍŽENÍ DO 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, jméno, titul: …………………………………… datum narození: …………………………

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

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

**Žádám o nahlížení do zdravotnické dokumentace:**

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

* z hospitalizace – období (uveďte alespoň měsíc a rok): ……………………………………….

na oddělení: ……………………………………………………………………………

* z ambulantního ošetření – období (uveďte alespoň měsíc a rok): .…………………………….

Datum ……………………….. Čas: …………………………...

ÚHKT/oddělení: ……………………………

Podpis pacienta/ky: ………………………………………………………………..

Podpis žadatele (určené osoby) pokud nežádá sám pacient: ……………………………………….

**VYPLŇUJE ZAMĚSTNANEC ÚHKT PŘED NAHLÍŽENÍM DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE:**

* ověření totožnosti oprávněné osoby;
* ověření souhlasu pacienta s nahlížením do zdravotnické dokumentace v případě že žádá osoba odlišná od pacienta, resp. určení dané osoby pacientem oprávněné k nahlížení do 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*).

**Ověření totožnosti pacienta/žadatele:**

Ověřil/a:

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

**Způsob ověření**: □ Číslo OP

□ Jiný způsob ověření …………….

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

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

**PŘÍTOMEN NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE:**

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

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

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

**Prohlášení oprávněné osoby – pacienta/žadatele:**

Svým podpisem stvrzuji, že mi bylo umožněno do zdravotnické dokumentace nahlédnout v mnou požadovaném rozsahu.

Datum nahlížení: ..............................

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

 příjmení, jméno, podpis

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

(pacient nebo žadatel) příjmení, jméno, podpis