

ŽÁDOST A ZÁZNAM O POŘÍZENÍ KOPIE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

PACIENT/KA

Příjmení a jméno, titul: RČ.:

Kontakt (telefon, e-mail, adresa):

Číslo občanského průkazu:

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

ŽADATEL - OSOBA URČENÁ PACIENTEM (vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)

Příjmení a jméno, titul: datum narození:

Vztah k pacientovi: Číslo občanského průkazu:

Kontakt (telefon, email, adresa):

V případě určené osoby **je nutné** doložit **úředně ověřenou plnou moc**.

Žádám o pořízení kopie zdravotnické dokumentace:

(v případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře)

- z **hospitalizace** - období (uved'te alespoň měsíc a rok), na oddělení, jedná se mi konkrétně o následující dokumenty (uved'te název; datum; příp. období od - do; *např. výsledek CT vyšetření - leden 2004 nebo celý svazek - leden 2004*):
.....
.....

- z **ambulantního ošetření** - období (uved'te alespoň měsíc a rok), na oddělení, jedná se mi konkrétně o následující dokumenty (uved'te název; datum; příp. období od - do; *např. výsledek CT vyšetření - leden 2004 nebo celý svazek - leden 2004*):
.....
.....

- jiné:**
.....
.....

Prohlašuji, že se zavazuji uhradit náklady za pořízení požadovaných kopií dle ceníku Chrudimské nemocnice, a.s. Platbu je možné provést v příjmové kanceláři nemocnice.

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

Datum: Podpis pacienta:

Podpis žadatele (určené osoby) - (pokud nežádá sám pacient):

