

## ŽÁDOST O NAHLÍŽENÍ DO 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 obč.průkazu: .....

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

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

### 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): na oddělení:

na oddělení: .....

- **jiné:** .....

Datum: ..... Podpis pacienta nebo žadatele/určené osoby: .....

### VYPLNÍ ZAMĚSTNANEC Chrudimské nemocnice

Souhlas pacienta/ky s nahlížením výše uvedené osoby do zdravotnické dokumentace byl ověřen:

**kým:** .....

**jak:** • Informovaný souhlas s hospitalizací      • plná moc      • jinak: .....

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