

ŽÁDOST O NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

PACIENT/KA

Příjmení a jméno, titul: RČ.:

Kontakt (telefon, e-mail, adresa):

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, e-mail, adresa):

Žádám o možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace:

(v případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře)

z **hospitalizace** - období (uvedte alespoň měsíc a rok):
na oddělení:

z **ambulantního ošetření** - období (uvedte alespoň měsíc a rok):
na oddělení:

jiné:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum: Podpis pacienta:
(notářsky ověřeny)

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

VYPLNÍ ZAMĚSTNANEC Chrudimské nemocnice, a.s.

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

kým:

jak: Informovaný souhlas s hospit. jinak:

Datum: **Podpis:**