

**ŽÁDOST A ZÁZNAM O POŘÍZENÍ KOPIE  
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 nar...: .....

Vztah k pacientovi: ..... Číslo občanského průkazu/pasu: .....

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

**Žádám o pořízení kopie zdravotnické dokumentace:** (v

případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře)

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

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

- z **ambulantního ošetření** - období (uvedte alespoň měsíc a rok), na oddělení, jedná se mi konkrétně o následující dokumenty (uvedte 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 Pokladně nemocnice

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

Datum:

Podpis pacienta:  
(notářsky ověřený)

Datum:

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

**VYPLNÍ ZAMĚSTNANEC Chrudimské nemocnice, a.s.**

Souhlas pacienta/ky s pořizováním kopií zdravotnické dokumentace výše uvedenou osobou byl ověřen

**kým:** .....

