

- Žádost o nahlížení do zdravotnické dokumentace**
 Žádost o pořízení kopie zdravotnické dokumentace

PACIENT/KA

Jméno, příjmení:

r.č.

Kontakt (telefon, adresa)

číslo občan. průkazu

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

ŽADATEL – OSOBA URČENÁ PACIENTEM (vyplňte, pokud žádá jiná osoba, než pacient, tento však musí mít souhlas od pacienta)

Jméno, příjmení:

datum narození:

Vztah k pacientovi:

číslo občan. průkazu

Kontakt (telefon, adresa)

Žádám o možnost *nahlížet do zdrav.dokumentace -* pořizovat kopii zdrav.dokumentace
(* nehodící škrtněte)

z hospitalizace - uveďte období (měsíc, rok), oddělení:

z ambulantního ošetření - uveďte období (měsíc, rok), ambulance:

jiné:

Datum:

Podpis pacienta:

Datum:

Podpis žadatele:

VYPLNÍ ZAMĚSTNANEC NEMOCNICE VALAŠSKÉ MEZIŘÍČÍ a.s.

Souhlas pacienta/ky s nahlížením výše uvedené osoby do zdrav.dokumentace – pořizovat kopii byl ověřen kým:

Datum:

podpis