

Žádost o pořízení kopie ze zdravotnické dokumentace (ZD)

Žadatel (oprávněná osoba):

Jméno a příjmení:	
Adresa a telefonní číslo:	
Rodné č./č. OP:	/

Žádám o zhotovení kopie ze zdravotnické dokumentace: prosíme laskavě zaškrtněte

- ☐ mé osoby
nebo níže uvedeného
- ☐ dítěte, jehož jsem zákonný zástupce
- ☐ pacienta, který projevil souhlas se zhotovením kopie v můj prospěch v informovaném souhlasu
- ☐ zemřelého pacienta, který oprávněnou osobu neuvedl, ale ze zákona jako osoba blízká mám na informace nárok

 jméno a příjmení (dítěte/pacienta/zemřelého)

 rodné číslo

Z pracoviště: -----

Identifikace ZD (otevřená/zavřená, č. chorobopisu): -----

V rozsahu: -----

Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s ceníkem NH Hospital a.s. za pořízení kopie ZD a zavazuji se uhradit náklady za pořízení požadovaných kopií dle tohoto ceníku. Platbu provedu předem v pokladně nemocnice a beru na vědomí, že požadované obdržím až po předložení dokladu o zaplacení.

 V Hořovicích -----
 datum podání

 podpis žadatele

 razítko a podpis zaměstnance OKV

Schválil vyhotovení kopie ze ZD:

 V Hořovicích -----
 datum

 razítko a podpis lékaře

Účtovací předpis:

Cena - vytištění / ofocení *	Cena za stranu *	Počet stran	Cena celkem* k úhradě

* včetně DPH v Kč

Předal vyhotovené kopie ze ZD:

 V Hořovicích -----
 datum předání

 podpis žadatele

 razítko a podpis zaměstnance OKV

Žádost o nahlížení do zdravotnické dokumentace (ZD)

Žadatel (oprávněná osoba):

Jméno a příjmení:	
Adresa a telefonní číslo:	
Rodné č./č. OP:	/

Žádám o nahlížení do zdravotnické dokumentace: prosíme laskavě zaškrtněte

- ☐ mé osoby
nebo níže uvedeného
- ☐ dítěte, jehož jsem zákonný zástupce
- ☐ pacienta, který projevil souhlas s nahlížením v můj prospěch v informovaném souhlasu
- ☐ zemřelého pacienta, který oprávněnou osobu neuvedl, ale ze zákona jako osoba blízká mám na informace nárok

 jméno a příjmení (dítěte/pacienta/zemřelého)

 rodné číslo

Z pracoviště: -----

Identifikace ZD (otevřená/zavřená, č. chorobopisu): -----

V rozsahu: -----

Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s ceníkem NH Hospital a.s. za nahlížení do ZD a zavazuji se uhradit náklady za nahlížení do ZD dle tohoto ceníku.

V Hořovicích

 datum podání

 podpis žadatele

 razítko a podpis zaměstnance OKV

Schválil nahlížení do ZD:

V Hořovicích

 datum

 razítko a podpis lékaře

Nahlížení v čase od – do:		hodin
----------------------------------	--	--------------

Účtovací předpis:

Cena za každých započatých 30 min *	Počet minut celkem	Cena celkem* k úhradě

* včetně DPH v Kč

 Razítko a podpis zdravotnického pracovníka,
 který při nahlížení byl přítomen