

Evidenční číslo žádosti	
Oddělení/lékař	
Datum předání požadavku	

Žadatel	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Adresa trvalého bydliště	
Číslo OP	
Telefonní číslo	
Požadavek	<input type="checkbox"/> nahlížení <input type="checkbox"/> výpis <input type="checkbox"/> kopie <input type="checkbox"/> vyplnění pojistné události

- Mé osoby.
- Pacienta, který projevil souhlas s nahlížením, zhotovením kopie a výpisu v můj prospěch v informovaném souhlasu, v rámci otevřené zdravotnické dokumentace. Toto zmocnění zaniká uzavřením zdravotnické dokumentace v souvislosti s odchodem pacienta z nemocnice nebo úmrtím pacienta.
- Osoba určená pacientem na základě úředně ověřené plné moci vztahující se k aktuální žádosti s nahlížením, zhotovením kopie a výpisu v můj prospěch. Toto zmocnění zaniká úmrtím pacienta, nevyplývá-li ze znění plné moci jinak.
- Dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem.
- Zemřelého pacienta, jako osoba blízká mám na informace nárok, není-li to vyloučeno dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Pacient, u kterého je žádán výpis, kopie, nahlížení do zdravotnické dokumentace	
Jméno a příjmení	
Datum narození/rodné číslo	
Oddělení	
Požadavek ve zdravotnické dokumentaci (rozsah)	

Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s ceníkem NH Hospital a.s. – Nemocnice Hořovice a zavazuji se uhradit náklady spojené s požadavky žadatele.

Platbu je možné provést v pokladně NH nebo převodem na bankovní účet.

Číslo účtu: 2108432816/2700, jako variabilní symbol uveďte rodné číslo žadatele.

V Hořovicích dne:

Podpis žadatele:

Schválení zdravotnické dokumentace			
Jméno a podpis lékaře		Datum	

Cena k úhradě		Datum	
Předal		Převzal	