

Oddělení/lékař:	Evidenční číslo:
------------------------	-------------------------

Vyplní žadatel			
Žádost o pořízení kopie zdravotnické dokumentace			
Jméno a příjmení:		Tel. číslo:	
Adresa trvalého bydliště:			
Rodné číslo:		Občanský průkaz č.:	

Žádám o zhotovení kopie ze zdravotnické dokumentace (zaškrtněte):

- Z mé osoby nebo níže uvedeného.
- Dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem.
- Pacienta, který projevil souhlas se zhotovením kopie v můj prospěch v informovaném souhlasu.
- Osoba určená pacientem na základě úředně ověřené plné moci k pořízení výpisu či kopii ze ZD. Toto zmocnění zaniká úmrtím pacienta, nevyplývá-li ze znění plné moci jinak.
- Zemřelého pacienta, který oprávněnou osobu neuvedl, ale ze zákona, jako osoba blízká, mám na informace nárok, není-li to vyloučeno dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Jméno a příjmení (pacienta/dítěte/zemřelého)

Rodné číslo/datum nar.

Z oddělení:	
Identifikace ZD	
V rozsahu:	

Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s ceníkem NH Hospital a.s. – Nemocnice Hořovice za pořízení kopie ZD a zavazuji se uhradit náklady spojené za pořízení požadovaných kopií dle ceníku, přiloženého k žádosti. Platbu provedu v pokladně NH nebo převodem na účet NH.

V Hořovicích dne:
Podpis Žadatele:

Schválení zdravotnické kopie		
Jméno lékaře	Podpis lékaře	datum schválení
Účtovací předpis		
Cena:	Počet kopií:	Cena k úhradě:

Ceny dle standardního ceníku NH, včetně DPH

Převzal/a
V Hořovicích dne:
Kopie ZD předal/a: