

| | |
|--------------------------|--|
| Oddělení/Evidenční číslo | |
| Lékař/pověřená osoba | |
| Datum předání požadavku | |

| Žadatel | |
|------------------------|--|
| Přímení a jméno | |
| Rodné číslo | |
| Doklad totožnosti (ID) | |
| Požadavek | <input type="checkbox"/> nahlížení <input type="checkbox"/> výpis <input type="checkbox"/> kopie <input type="checkbox"/> vyplnění pojistné události |
| Způsob komunikace | <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> telefon <input type="checkbox"/> pošta <input type="checkbox"/> datová schránka |

- Mé osoby.
- Pacienta, který projevilsouhlas 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 propuštěním, překladem nebo úmrtím pacienta.
- Osoba určená pacientem na základě plné moci vztahující se k aktuální žádosti s nahlížením, zhotovením kopie, výpisu a vyplněním pojistné události.
- Státní správa ČR.
- Dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem.
- Osoby, jejíž jsem opatrovníkem.
- 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 | |
|--|--|
| Příjmení a jméno | |
| 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**, variabilní symbol je rodné číslo žadatele.

V Hořovicích dne:

Podpis žadatele:

| Schválení zdravotnické dokumentace | |
|------------------------------------|--|
| Podpis lékaře, jmenovka a datum | |
| Cena k úhradě | |
| Předal | |
| Převzal | |