

Oddělení / Evidenční číslo žádosti	
Lékař / pověřená osoba	
Datum předání požadavku	

Žadatel	
Přímení a jméno	
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 propuštěním, překladem 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.
- Státní správy ČR (Policie, soudy,).
- 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 nebo nahlížení do zdravotnické dokumentace	
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**, jako variabilní symbol uveďte rodné číslo žadatele.

V Hořovicích dne:

Podpis žadatele:

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