

**Žádost o pořízení kopie zdravotnické dokumentace, zapůjčení obrazové dokumentace a pořízení dat na datovém nosiči***(dle ust. § 65, zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů)***ŽADATEL:**

Jméno, příjmení:

Bydliště:

.....  
Rodné číslo:

Číslo OP/ pas:

.....  
Telefon, e-mail, datová schránka:.....  
Není-li žadatelem pacient, žádám jakožto zákonný zástupce pacienta osoba určená pacientem k nahlížení do zdravotnické dokumentace osoba blízká zemřelému osoba oprávněná k nahlížení do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta**PACIENT:**

Jméno a příjmení pacienta:

.....  
Příjmení v době hospitalizace:.....  
Rodné číslo pacienta:.....  
Žadatel čestně prohlašuje, že je ..... (uvedte příbuzenský vztah) pacienta.

žádám Nemocnici Kadaň s.r.o. o pořízení:

 kopie zdravotnické dokumentace RTG dokumentace data na datovém nosiči

Popište vyžádanou dokumentaci: (měsíc, rok, oddělení, výsledek či zpráva)

.....  
Žadatel prohlašuje, že uhradí částku nákladů za pořízení požadovaných kopií, datových nosičů a administrativních nákladů dle ceníku Nemocnice Kadaň.

V Kadani dne: .....

Podpis žadatele/pacienta.....

Totožnost ověřil: .....

**Záznam o pořízení kopií zdravotnické, obrazové nebo dokumentace na datovém nosiči**

Vyplní odpovědný pracovník Nemocnice Kadaň s.r.o., který odpovídá za pořízení kopií vyžádané zdravotnické dokumentace a svým podpisem stvrzuje, že uvedené údaje odpovídají skutečnosti.

**Kopie pořídil:**

Jméno, příjmení:

.....

Byly předány/odeslány následující kopie:

Název, popis

počet stran, snímků, nosičů

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V Kadani dne: .....

Podpis pracovníka .....

*(odpovědného za pořízené kopie)*

Vyplní odpovědný pracovník Nemocnice Kadaň s.r.o., který ověří právo žadatele na informace z vyžádané zdravotnické dokumentace a který dokumentaci předá žadateli.

**Přebírající osoba (žadatel):**

Jméno, příjmení .....

Číslo OP/pasu .....

Svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené údaje odpovídají skutečnosti a že jsem kopii zdravotnické dokumentace osobně převzal v požadovaném rozsahu.

Dokumenty předány dne: ..... Podpis žadatele: .....

Jméno, příjmení a podpis předávajícího: .....

*(odpovědného za ověření totožnosti přebírající osoby)*

Poznámka: (př: dokumentace odeslána poštou: .....