Žádost o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace

Žadatel:

Jméno, příjmení ………………………………………………………………………………

Číslo OP/pas ………………………………………………………………………………

Rodné číslo ………………………………………………………………………………

Telefon, email ………………………………………………………………………………

Jakožto

☐ **pacient / zákonný zástupce pacienta**

☐ **osoba určená pacientem k nahlížení do zdravotnické dokumentace**

☐ **osoba blízká zemřelému**

☐ **osoba oprávněna k nahlížení do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta**

Dále jen „žadatel“, žádá Nemocnici Kadaň s.r.o. o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pacienta:

Pacient:

Jméno a příjmení ……………………………………………………………………………….

Rodné příjmení ……………………………………………………………………………….

Rodné číslo ……………………………………………………………………………….

Popište dokumentaci (měsíc, rok, oddělení, hospitalizace, ambulance)

……….

V Kadani dne……………………. Podpis žadatele………………………………...

Totožnost ověřil……………………………………………………………………………….

(Jméno a příjmení odpovědného pracovníka, datum a podpis)