



Žádost o nahlédnutí, o pořízení výpisů nebo o pořízení kopií zdravotnické dokumentace, informace o uchovávaných osobních údajích

Žadatel <i>(jméno, příjmení, bytem, kontaktní telefon)</i>	
Žádá o tuto službu <i>(zaškrtněte požadované)</i>	<input type="checkbox"/> možnost nahlédnutí do zdravotnické dokumentace <input type="checkbox"/> pořízení výpisů zdravotnické dokumentace <input type="checkbox"/> pořízení kopií zdravotnické dokumentace <input type="checkbox"/> poskytnutí informací o zpracovávaných osobních údajích
Pacienta <i>(jméno, příjmení, rodné číslo / datum narození)</i>	
<i>pokud žádáte informace ze své zdravotnické dokumentace, doplňte pouze rodné číslo a vztah k pacientovi nevyplňujte</i>	
Vztah k pacientovi <i>(manžel, manželka, syn, dcera...)</i>	
<i>pokud pacient nesepsal formulář Informovaný souhlas pacienta s hospitalizací, kde je souhlas s poskytováním informací uveden, je nutno doložit kopii nebo předložením dokladu prokazujícího vztah k pacientovi</i>	
Rozsah zdravotnické dokumentace <i>(zaškrtněte požadované)</i>	<input type="checkbox"/> kompletní dokumentace za období <input type="checkbox"/> část dokumentace <i>(určete rozsah a období)</i>
Způsob převzetí	<input type="checkbox"/> osobně v NNP Sv. Anna, s.r.o. <input type="checkbox"/> zasláním na dobírku na výše uvedenou adresu <i>(v tomto případě se požaduje žádost s úředně ověřeným podpisem)</i>
Svým podpisem se zavazuji uhradit náklady spojené s pořízením vyžádaného výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace dle aktuálního Ceníku poskytovaných služeb NNP Sv. Anna, s.r.o. a poštovné. Úhradu je možné provést předem v pokladně nemocnice nebo výjimečně při převzetí dokumentace.	
V	dne Podpis žadatele
Záznam o tom, kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo, včetně záznamu o pořízení kopie nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace, pokud byly pořízeny, že podány informace o uchovávaných OÚ.	
V	dne Podpis zaměstnance NNP Sv. Anna, s.r.o.