

ŽÁDOST A ZÁZNAM O NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

PACIENT/KA

Příjmení a jméno, titul: _____ RČ: _____

Kontakt (telefon, e-mail, adresa): _____

Souhlasím, aby níže uvedená osoba byla obeznámena s mým rodným číslem.

ŽADATEL – OSOBA URČENÁ PACIENTEM (vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)

Příjmení a jméno, titul: _____ datum narození: _____

Vztah k pacientovi: _____ Číslo občanského průkazu: _____

Kontakt (telefon, e-mail, adresa): _____

Žádám o možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace:
(v případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře)

z hospitalizace – období (uved'te alespoň měsíc a rok): _____

na klinice/oddělení: _____

z ambulantního ošetření – období (uved'te alespoň měsíc a rok): _____

na klinice/oddělení: _____

jiné: _____

Datum:

Podpis pacienta:

Datum:

Podpis žadatele (určené osoby):

(pokud nežádá sám pacient)

VYPLNÍ ZAMĚSTNANEC FTNsP

Souhlas pacienta/ky s nahlížením výše uvedené osoby do zdravotnické dokumentace byl ověřen kým: _____

Jak: dle souhlasu pacienta s poskytováním informací o zdravotním stavu

jinak: _____

Rozsah poskytnutých informací je shodný se žádostí.

Datum: _____ Jméno/ podpis: _____