



**Fakultní Thomayerova nemocnice
s poliklinikou**

Videňská 800, 140 59 Praha 4 - Krč

<http://www.ftn.cz>

SM-FTN-48

Strana 11 z 12

Verze číslo: 1

*Příloha č. 5 SM-48-FTN Nahlížení do zdravotnické dokumentace a vydávání jejích výpisů, opisů a kopií
Žádost a záznam o pořízení kopie zdravotnické dokumentace, strana 1*

ŽÁDOST A ZÁZNAM O POŘÍZENÍ KOPIE 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/pasu: _____

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

Žádám o pořízení kopie zdravotnické dokumentace:

(v případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře)

z hospitalizace – období (uved'te alespoň měsíc a rok), na klinice/oddělení, jedná se konkrétně o následující dokumenty (uved'te název, datum, příp. období od - do; např. výsledek CT vyšetření, leden 2004 nebo celý svazek, leden 2004):

z ambulantního ošetření – období (uved'te alespoň měsíc a rok), na klinice/oddělení, jedná se mi konkrétně o následující dokumenty (uved'te název, datum, příp. období od - do; např. výsledek CT vyšetření, leden 2004 nebo celý svazek, leden 2004):

jiné:

Prohlašuji, že se zavazuji uhradit náklady za pořízení požadovaných kopií dle ceníku FTNsP.

Beru na vědomí, že kopírování bude zahájeno až po zaplacení.

Datum: _____ Podpis pacienta: _____

Datum: _____ Podpis žadatele (určené osoby):
(pokud nežádá sám pacient)