	<b>Formulář</b>	<b>F – TN – 34</b> verze 4/2012
	Thomayerova nemocnice Václavská 800, 140 59 Praha 4 - Krč	Strana 1 z 3

**ŽÁDOST A ZÁZNAM O POŘÍZENÍ KOPIE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE,  
ZAPŮJČENÍ RTG DOKUMENTACE A POŘÍZENÍ CD NOSIČE**

**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 oprávněná 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
- zapůjčení** RTG dokumentace/
- pořízení** RTG dokumentace na CD nosiči

(v případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře)

z hospitalizace – období (uvedte alespoň měsíc a rok), na klinice/oddělení, jedná se konkrétně o následující dokumenty (uvedte název, datum, příp. období od - do; např. výsledek CT vyšetření, leden 2019 nebo celý svazek, leden 2019):


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

z ambulantního ošetření – období (uvedte alespoň měsíc a rok), na klinice/oddělení, jedná se mi konkrétně o následující dokumenty (uvedte název, datum, příp. období od – do; např. výsledek CT vyšetření, leden 2019 nebo celý svazek, leden 2019):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 Thomayerova nemocnice	<b>Formulář</b>	<b>F – TN – 34</b> verze 4/2012
	Thomayerova nemocnice Václavská 800, 140 59 Praha 4 - Krč	Strana 2 z 3

jiné:

---


**Prohlašuji, že se zavazuji uhradit náklady za pořízení požadovaných kopií dle ceníku Thomayerovy nemocnice.**

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

Datum:            Podpis pacienta:

Datum:            Podpis žadatele (určené osoby):

(pokud nežadá sám pacient)

	<b>Formulář</b>	<b>F – TN – 34</b> verze 4/2012
	Thomayerova nemocnice Václavská 800, 140 59 Praha 4 - Krč	Strana 3 z 3

**VYPLNÍ ZAMĚSTNANEC TN**

Souhlas pacienta/ky s pořizováním kopií zdravotnické/RTG dokumentace/CD nosiče výše uvedenou osobou byl ověřen kým: \_\_\_\_\_

jak:  dle souhlasu pacienta s poskytováním informací o zdravotním stavu

jinak \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

**KOPIE POŘÍDIL:**

Příjmení a jméno, titul: \_\_\_\_\_

Byly předány/odeslány následující kopie:

NÁZEV

POČET STRAN/SNÍMKŮ/CD NOSIČŮ

Datum předání: \_\_\_\_\_

Předávající: \_\_\_\_\_ Přebírající: \_\_\_\_\_

příjmení, jméno, podpis

(pacienta nebo žadatele)

příjmení, jméno, podpis