	Formulář	F – TN – 34 verze 5/2012
	Fakultní 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 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):

	Formulář	F – TN – 34 verze 5/2012
	Fakultní 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 Fakultní Thomayerovy nemocnice.

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

Datum: Podpis pacienta:

Datum: Podpis žadatele (určené osoby):

(pokud nežadá sám pacient)

	Formulář	F – TN – 34 verze 5/2012
	Fakultní Thomayerova nemocnice Václavská 800, 140 59 Praha 4 - Krč	Strana 3 z 3

VYPLNÍ ZAMĚSTNANEC FTN

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