

Žádost o nahlížení do zdravotnické dokumentace*/pořízení jejího výpisu nebo kopie* podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Já (jméno a příjmení):

- ☐ pacient
☐ zákonný zástupce*/opatrovník pacienta*
☐ pěstoun*/jiná pečující osoba*
☐ osoba určená pacientem*/zákonným zástupcem* nebo opatrovníkem*
☐ osoba blízká (nutno vypsát i Čestné prohlášení osoby blízké na straně 2)

kontaktní adresa:

telefonický kontakt: e-mail:

žádám tímto

☐ o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace

☐ o pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace v plném rozsahu (pokud žádost podává pacient, zákonný zástupce pacienta, opatrovník pacienta poprvé, poplatek za pořízení se nehradí, v ostatních případech je pořízení kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace zpoplatněno dle platného ceníku nemocnice).

V případě požadavku o zhotovení kopie zdravotnické dokumentace v plném rozsahu budete kontaktován/a na Vámi výše uvedené telefonní číslo nebo e-mail, kdy Vám bude sdělena cena za pořízení kopie, pokud může být dle zákona o zdravotních službách požadována, případně se domluvíte na pořízení kopie pouze vybraných částí.

☐ o pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace pouze uvedených částí (pokud žádost podává pacient, zákonný zástupce pacienta, opatrovník pacienta poprvé, poplatek za pořízení se nehradí, v ostatních případech je pořízení kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace zpoplatněno dle platného ceníku nemocnice).

- ☐ propouštěcí zpráva
☐ operační protokol
☐ jiné (uved'te):

☐ o mně vedené

rodné číslo:

☐ z hospitalizace na oddělení (uved'te)

☐ z ambulance (uved'te)

☐ vedené o pacientovi (jméno a příjmení):

rodné číslo:

☐ z hospitalizace na oddělení (uved'te)

☐ z ambulance (uved'te)

Čestně prohlašuji a svým podpisem stvrzuji, že všechny mnou shora uvedené údaje jsou pravdivé a v souladu s objektivní skutečností.

Platba a vyzvednutí kopie / výpisu

Poplatek za pořízení kopie / výpisu uhradím (pokud žádost podává pacient, zákonný zástupce pacienta, opatrovník pacienta poprvé, poplatek nehradí):

- ☐ v pokladně nemocnice / případně na sekretariátu ředitele na pracovišti v Orlové, pokud je požadována kopie či výpis z tohoto pracoviště (podklady pro platbu obdržíte v místě vyzvednutí pořízené kopie)
☐ převodem (úhradu provedete na základě faktury, která bude přiložena k požadované kopii / výpisu)

Předání kopie / výpisu:

- ☐ osobně (budete kontaktován/a ohledně termínu vyzvednutí)
☐ poštou (k pořízené kopii / výpisu bude přiložena faktura za pořízení kopie, ve které bude, v oprávněném případě, zohledněn i poplatek za využití služeb České pošty dle jejich aktuálního ceníku)
☐ elektronicky zabezpečenou komunikací (je nutné uvést e-mail a telefonický kontakt, k požadované kopii / výpisu bude, v oprávněném případě, přiložena i faktura za pořízení kopie)

Podpis žadatele: V Karviné*/Orlové* dne:

*nehodící se škrtněte

Nemocnice Karviná - Ráj, příspěvková organizace

Vydmucho 399/5, Ráj, 734 01 Karviná, tel: 596 383 111 | Datová schránka: 2bqk6mu | Email: nspka@nspka.cz | www.nemocnicekarvina.cz
Organizace je vedena u Krajského soudu v Ostravě spisová značka Pr. vložka 880, IČ 00844853

Čestné prohlášení osoby blízké podle § 41, odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Já (jméno a příjmení):

nar.: číslo OP / u cizinců cestovního dokladu:

bytem:

čestně prohlašuji,

že jsem osobou blízkou pana/paní (jméno a příjmení),

nar.: a to ve vztahu:

V Karviné* / Orlové* dne

Podpis osoby blízké:

*nehodící se škrtněte