

Žádost o vydání obrazové dokumentace
(vyplní žadatel)

Já, (jméno a příjmení) níže podepsaný:

- ☐ pacient
☐ zákonný zástupce pacienta
☐ opatrovník pacienta
☐ osoba určená pacientem na základě předložené plné moci ze dne

Kontaktní adresa:

Telefonický kontakt:

žádám o vydání obrazové dokumentace,

vedené Nemocnicí Karviná - Ráj, příspěvkovou organizací, IČ 00844853, se sídlem Vydmuchov 399/5, Ráj, 734 01 Karviná:

- ☐ **mně provedené** (zaškrtně pacient)
rodné číslo
datum a specifikace vyšetření o jaké je žádáno
- ☐ **pacienta** (zaškrtnou ostatní žadatelé)
jméno a příjmení pacienta.....
rodné číslo pacienta.....
datum a specifikace vyšetření o jaké je žádáno

Originály RTG snímků nejsou vydávány. Požadovaná obrazová dokumentace je předána na CD nosiči a její zhotovení je zpoplatněno dle platného ceníku nemocnice.

Podpis žadatele

V dne

Záznam RTG pracoviště

Obrazová dokumentace byla předána na CD nosiči v počtu.....ks

- ☐ pacientovi
☐ zákonnému zástupci pacienta
☐ opatrovníkovi pacienta
☐ osobě pověřené pacientem na základě předložené plné moci ze dne

Podpis přebírající osoby (žadatele)

Identifikace zaměstnance RTG, který ověřil identitu přebírající osoby a dokumentaci vydal

Podpis zaměstnance RTG, který ověřil identitu přebírající osoby a dokumentaci vydal.....

V Karviné* / Orlové* dne

*nehodící se škrtněte

Nemocnice Karviná - Ráj, příspěvková organizaceVydmuchov 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