ÚVN
ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
Vojenská fakultní nemocnice Praha

Žádost o nahlédnutí, pořízení výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace

(dle ust. § 65, zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů)

Pacient / Žadatel: *Identifikace osoby žádající nahlížení nebo pořízení výpisů / kopií*

Jméno a příjmení:			
Datum narození / rodné číslo:		**Telefon:**	
Adresa bydliště:			

žádám tímto o (zaškrtněte):

- ☐ nahlédnutí do zdravotnické dokumentace
- ☐ pořízení výpisu ze zdravotnické dokumentace
- ☐ kopii ze zdravotnické dokumentace

v rozsahu:

……..……....

……..……....

……..……....

……..……....

(uveďte: období, měsíc, rok, oddělení a popř. požadovanou část zdravotnické dokumentace např. propouštěcí zprávu, operační protokol…)

není-li žadatelem pacient: *Identifikace pacienta*

Jméno a příjmení:			
Datum narození / rodné číslo:		**Telefon:**	
Adresa bydliště:			

Žadatel čestně prohlašuje, že je ……. pacienta.
(uveďte příbuzenský vztah k pacientovi, např. dítě, rodič, vnuk/vnučka, manžel/ka, partner/ka)

☐ **žádám osobní vyzvednutí:**

☐ **žádám o zaslání prostřednictvím České pošty na dobírku**

Žádost je zpoplatněna dle platného Ceníku ÚVN - Ceník administrativních výkonů, dostupného na internetových stránkách ÚVN nebo na vyžádání.

Datum a podpis pacienta / žadatele:

Číslo a druh dokladu totožnosti pacienta / žadatele: ……
Číslo a druh dokladu totožnosti ověřil:

……..……..
Identifikace a podpis pověřené osoby:

Vyplní pověřená osoba ÚVN

Ověření práva na informace ze zdravotnické dokumentace:

Žadatel **je oprávněn** nahlédnout, pořizovat výpisy a kopie ze zdravotnické dokumentace z důvodu:

- ☐ žadatelem je pacient, o jehož zdravotní stav se jedná,
- ☐ je-li uveden pacientem v Záznamu o určení oprávněných osob,
- ☐ jde-li o osobu blízkou, pacient zemřel a nevyslovil zákaz nahlížet do zdrav. dokumentace,
- ☐ jde-li o osobu, stanovenou zákonem.

Žadatel **není oprávněn** nahlédnout, požadovat výpisy nebo kopie ze zdravotnické dokumentace z důvodu:

- ☐ .....

Právo žadatele na informace ze zdravotnické dokumentace ověřil: ……..……..

Identifikace a podpis pověřené osoby:

Zdravotnickou dokumentaci zkontroloval: ……..……..

Identifikace a podpis pověřené osoby:

Rozsah nahlédnutí, pořízení výpisů nebo kopií ze zdravotnické dokumentace

Záznam o nahlédnutí

a) Žadatel nahlížel do zdravotnické dokumentace **v rozsahu**:

- ☐ úplná dokumentace
- ☐ část dokumentace, a to: .....

Žadatel nahlížel do zdravotnické dokumentace **dne:** .....

b) Žadatel si současně vlastními prostředky pořídil kopie zdravotnické dokumentace **v rozsahu:**

- ☐ úplná dokumentace
- ☐ část dokumentace, a to: .....

Záznam o pořízení výpisu nebo kopií: počet jednostranných listů: A4..... A3.....

počet oboustranných listů: A4..... A3.....

byly pořízeny kopie ze zdravotnické dokumentace **v rozsahu**:

- ☐ celá dokumentace
- ☐ část dokumentace, a to: .....
- ☐ pořízen výpis ze zdravotnické dokumentace

Svým podpisem stvrzuji, že uvedené údaje odpovídají skutečnosti: ……..……..

Identifikace a podpis pověřené osoby:

Kopie (výpis) zdravotnické dokumentace předány osobně žadateli dne: ……

Svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené údaje odpovídají skutečnosti a že jsem kopii zdravotnické dokumentace osobně převzal v požadovaném rozsahu:

Datum a podpis pacienta / žadatele: ……..……..