

Formulář pro nahlédnutí / pořízení výpisů, opisů nebo kopií ze zdravotnické dokumentace

Pacient (možno vlepít identifikační štítek):

Jméno a příjmení*:

RČ / datum narození:

Telefon: Číslo OP:

Osoba nahlízející (vyplnit, pokud nahlíží / žádá jiná osoba než pacient sám):

Jméno a příjmení*:

Datum narození:

Telefon: Číslo OP:

Vztah k pacientovi**:

- a) osoba určená pacientem ve zdravotnické dokumentaci (dále jen ZD)
- b) osoba s ověřenou plnou mocí od pacienta
- c) osoba blízká zemřelému***
- d) zákonný zástupce / opatrovník***
- e) osoba s oprávněním k nahlížení do ZD bez souhlasu pacienta

Adresa pro zaslání kopie ZD:

.....

Rozsah nahlédnutí / pořízení výpisů – opisů – kopií **:

oddělení: období:

oddělení: období:

dokument/y:

.....

Účel nahlédnutí / pořízení výpisů – opisů – kopií:**

.....

V Příbrami dne **Podpis osoby nahlízející:**

Identifikace a podpis zdravotnického pracovníka:

Poplatek za pořízení **opakované** kopie/scanu ZD je účtován dle platného ceníku ONP.

Do 10 stran: jednostranná 10,- Kč, oboustranná 15,- Kč;

nad 10 stran: jednostranná 7,- Kč, oboustranná 12,- Kč;

pořízení dat na CD/DVD nosič: 300,- Kč.

*) totožnost ověří zaměstnanec ONP; v případě písemného kontaktu je nutný úředně ověřený podpis

**) nehodící se škrtněte

***) doložit příbuzenský či opatrovnícký vztahu (OP, rodný list, oddací list, rozhodnutí soudu aj.)