



ŽÁDOST O POŘÍZENÍ VÝPISŮ NEBO KOPIÍ ZE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Ze dne: **Evidenční číslo:** **Schválení primáře odd., příp. pověřeného lékaře**
(Jmenovka a podpis)

Oddělení:

Záznamy o pacientovi (jméno, příjmení, datum narození, trvalý pobyt a doklad totožnosti - číslo OP, pas):

.....

POSKYTNUTY:

Pacientovi

Osobě blízké nebo osobě určené pacientem (na základě úředně ověřené plné moci pacienta nebo uděleného souhlasu)

Jméno, příjmení, datum narození:

Trvalý pobyt:

Doklad totožnosti: (OP číslo, rodný list, oddací list, apod.)

Vztah k pacientovi: (zákonný zástupce, opatrovník, manžel/ka ...)

Oprávněné osobě na základě platné legislativy (Jméno, příjmení, datum narození nebo číslo služebního průkazu)

Z titulu: (soudní znalec, revizní lékař)

Přiložena kopie oprávnění: (opatření soudu...)

Lékaři, za účelem navazující zdravotní péče (přiložit žádost o poskytnutí informací)

Poskytované informace ze zdravotnické dokumentace (oddělení, rok, rozsah)

.....
.....
.....
.....

Úhrada ve výši.....Kč (náklady spojené s pořízením dle platného ceníku SZZ Krnov S 11 009)

.....

Datum převzetí a podpis žadatele

.....

jmenovka a podpis pověřeného pracovníka