



ŽÁDOST O NAHLEDNUTÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE, O POŘÍZENÍ VÝPISŮ NEBO POŘÍZENÍ KOPIÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

žadatel (jméno, příjmení, adresa, kontaktní telefon):		
žádá o tuto službu (zaškrtněte požadované)	<input type="checkbox"/> možnost nahlédnutí <input type="checkbox"/> pořízení výpisů <input type="checkbox"/> pořízení kopií	
pacient (jméno, příjmení, rodné číslo/datum narození)		
<i>pokud žádáte informace ze své zdravotnické dokumentace, doplňte pouze rodné číslo a vztah nevyplňujte</i>		
vztah k pacientovi (manžel, manželka, syn, dcera, rodič ...)		
<i>pokud pacient nesepsal Záznam o souhlasu s poskytováním informací, kde je souhlas uveden, je nutno doložit kopii nebo předložením dokladu prokazujícího vztah k pacientovi</i>		
rozsah zdravotnické dokumentace (zaškrtněte požadované)	<input type="checkbox"/> kompletní z celé VFN za období	
	<input type="checkbox"/> kompletní z kliniky: za období:	
	<input type="checkbox"/> část (určete rozsah a období):	
	<input type="checkbox"/> pitevni diagnóza	
	<input type="checkbox"/> pitevni protokol	
způsob	<input type="checkbox"/> osobně v prostorách Legislativně-právního odboru VFN (U nemocnice 499/2) <input type="checkbox"/> požaduji zaslat kopie na dobírku na výše uvedenou adresu <i>V tomto případě se požaduje žádost s úředně ověřeným podpisem.</i>	
<i>Zavazuji se uhradit náklady spojené s pořízením vyžádaného výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace dle aktuálního Ceníku služeb nehraných ze zdravotního pojištění a poštovné. Úhradu je možné provést předem v Hlavní pokladně VFN (budova ředitelství) nebo výjimečně při převzetí dokumentace.</i>		
V	dne	Podpis žadatele
Záznam kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo, včetně záznamu o pořízení kopie nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace, pokud byly pořízeny.		
V	dne	Podpis pověřeného zaměstnance VFN