|  |  |
| --- | --- |
| **Žadatel/Pacient**(jméno a příjmení, trvalé bydliště, kontaktní telefon): |       |
| **Pacient**(jméno a příjmení, trvalé bydliště, rodné číslo/datum narození) |       |
| *Žádáte-li informace ze své zdravotnické dokumentace, doplňte rodné číslo/číslo pojištěnce, vztah nevyplňujte.* |
| **Vztah k pacientovi** (manžel, manželka, syn, dcera, zákonný zástupce, opatrovník, osoba určená pacientem, zákonným zástupcem nebo opatrovníkem pacienta, pěstoun nebo jiná pečující osoba, osoba blízká zemřelému pacientovi) | Žadatel čestně prohlašuje, že je       pacienta. |
| *Pokud pacient nesepsal F-VFN-107 Záznam o souhlasu s poskytováním informací, kde je souhlas uveden, je nutno doložit kopii, nebo prokázat vztah k pacientovi předložením dokladu.* |
| **Žádá o tuto službu** *(zaškrtněte požadované)* | [ ]  možnost nahlédnutí[ ]  pořízení výpisů[ ]  pořízení kopií |
| **Rozsah zdravotnické dokumentace***(zaškrtněte požadované)* | [ ]   | období – rok/měsíc:       |
| [ ]   | z kliniky:       |
| [ ]   | část zdravotnické dokumentace (např. propouštěcí zpráva, operační protokol atd.):       |
| [ ]  | pitevní protokol |
| [ ]   | pitevní diagnóza |
| **Způsob** | [ ]  osobně v prostorách Legislativně-právního odboru VFN budova A4 (U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2)[ ]  zaslání prostřednictvím České pošty na adresu:       [ ]  zaslání do Datové schránky žadatele, ID:       |
| *Zavazuji se uhradit náklady spojené s pořízením vyžádaného výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace, jsou-li zpoplatněny, dle aktuálního Ceníku služeb nehrazených ze zdravotního pojištění a poštovné. Poplatku je zproštěna fyzická osoba, jež požaduje první kopii výhradně své vlastní zdravotnické dokumentace. Povinnost úhrady dle platného ceníku VFN vzniká při opakovaném vyžádání kopie téže dokumentace, anebo v případě žádosti osoby určené pacientem, zákonným zástupcem nebo opatrovníkem pacienta, pěstouna nebo jiné pečující osoby, osoby blízké zemřelému pacientovi.*  |
| 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. |
|  |
| Vztah k pacientovi prokázán a ověřen dle      (rodného listu, oddacího listu, čestného prohlášení, doklad totožnosti, cestovního dokladu)Číslo dokladu totožnosti ověřil v Praze dne       | Podpis pověřeného zaměstnance VFN |