|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 |