

ŽÁDOST A ZÁZNAM O POŘÍZENÍ KOPIE, VÝPISU ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

PACIENT/KA

Příjmení a jméno, titul: RČ.:

Kontakt (telefon, e-mail, adresa).....

Souhlasím, aby níže uvedená osoba byla obeznámena s mým rodným číslem.

ŽADATEL

- OSOBA URČENÁ PACIENTEM, ZÁKONNÝM ZÁSTUPCEM nebo OPATROVNÍKEM PACIENTA
- OSOBA BLÍZKÁ ZEMŘELÉMU PACIENTOVI

(vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)

Příjmení a jméno, titul: datum narození:

Vztah k pacientovi: číslo občanského průkazu/pasu:

Kontakt (telefon, e-mail, adresa) :

Žádám o pořízení kopie/výpisu¹ zdravotnické dokumentace:

(v případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře)

z hospitalizace - období (uved'te alespoň měsíc a rok), na klinice/oddělení, jedná se mi konkrétně o následující dokumenty (uved'te název, datum, příp. období od - do; např. výsledek CT vyšetření, leden 2004 nebo celý svazek, leden 2004):

z ambulantního ošetření - období (uved'te alespoň měsíc a rok), na klinice/oddělení, jedná se mi konkrétně o následující dokumenty (uved'te název, datum, příp. období od - do; např. výsledek CT vyšetření, leden 2004 nebo svazek, leden 2004): jiné:

Prohlašuji, že se zavazuji uhradit náklady za pořízení požadovaných kopií dle ceníku ÚHKT, se kterým jsem byl seznámen. Platba je přijímána formou hotovosti, v pokladně ÚHKT (budova C, 1. patro) v jejich úředních hodinách. Nebo bezhotovostním převodem na účet ÚHKT č. ú. 31438021/0710, vedený u České národní banky s přiděleným variabilním symbolem, který obdržíte na základě předběžné kalkulace Vašeho požadavku dle žádosti. Po zaplacení částky vyčíslené ÚHKT bude požadavek vyřízen a v případě rozdílů s předběžnou kalkulací Vám bude zbývající částka doúčtována. Vydání požadovaných dokumentů je podmíněno zaplacením úhrady.

Beru na vědomí, že kopírování či pořízení výpisu bude zahájeno až po zaplacení.

Datum/čas: _____

ÚHKT/ oddělení: _____

Jméno a podpis pacienta (pacientky): _____

Jméno a podpis žadatele (určené osoby) pokud nežádá sám pacient: _____

¹ Nehodící se škrtněte.

VYPLŇUJE ZAMĚSTNANEC ÚHK

- ověření totožnosti oprávněné osoby pokud žadatelem je pacient
- ověření souhlasu pacienta s nahlížením do zdravotnické dokumentace nebo pořízením kopií nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace v případě že žádá osoba odlišná od pacienta

ověřil/a:

Příjmení a jméno, pracovní zařazení:**Způsob ověření:** Číslo OP Poučení a souhlas pacienta s hospitalizací Plná moc

jiný způsob ověření

Datum:

Podpis:

PŘÍTOMEN NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE:

Příjmení, jméno, pracovní zařazení:

Nahlížení proběhlo od do

Datum:

Podpis:

		Cena
	Počet stran	
Kopie ZD - A4 jednostranná kopie (černobílá 2,- Kč)		
Kopie ZD - A4 oboustranná kopie (černobílá 3,- Kč)		
Kopie ZD - A3 jednostranná kopie (černobílá 3,- Kč)		
Kopie ZD - A3 oboustranná kopie (černobílá 4,- Kč)		
Výtisk z tiskárny počítače – 3,-Kč/strana		

Celková částka za provedené úkony činí : Kč.

Prohlášení oprávněné osoby - pacienta/žadatele - svým podpisem stvrzuji, že

- mi bylo umožněno do zdravotnické dokumentace nahlédnout v mnou požadovaném rozsahu
- jsem převzal, v plném rozsahu, mnou požadované kopie zdravotnické dokumentace nebo výpisy ze zdravotnické dokumentace

Datum předání kopií nebo výpisů ze zdravotnické dokumentace nebo datum nahlížení:

Podpis za poskytovatele:

příjmení, jméno, podpis

Podpis oprávněné osoby:

(pacient nebo žadatel)

příjmení, jméno, podpis