**ŽÁDOST O NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE**

**PACIENT/KA**

Příjmení, 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**
* **OSOBA BLÍZKÁ ZEMŘELÉMU PACIENTOVI**

*(vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)*

Příjmení, jméno, titul: …………………………………… datum narození: …………………………

Vztah k pacientovi: ……………………………………… číslo OP/pasu: …………………………

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

Žádám o možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace:

*(V případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře.)*

* z hospitalizace – období (uveďte alespoň měsíc a rok): ……………………………………….

na oddělení: ……………………………………………………………………………

* z ambulantního ošetření – období (uveďte alespoň měsíc a rok): .…………………………….

Datum ……………………….. Čas: …………………………...

ÚHKT/oddělení: ……………………………

Podpis pacienta/ky čitelně: ………………………………………………………………..

Podpis žadatele (určené osoby) pokud nežádá sám pacient: ……………………………………….

**VYPLŇUJE ZAMĚSTNANEC ÚHKT:**

* ověření totožnosti oprávněné osoby, pokud žadatelem je pacient;
* ověření souhlasu pacienta s nahlížením do 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**: ..................................

Prohlášení oprávněné osoby – pacienta/žadatele:

Svým podpisem stvrzuji, že

* mi bylo umožněno do zdravotnické dokumentace nahlédnout v mnou požadovaném rozsahu;

Datum nahlížení: ..............................

Podpis za poskytovatele: ........................................................……………………………………

 příjmení, jméno, podpis

Podpis oprávněné osoby: ........................................................……………………………………

(pacient nebo žadatel) příjmení, jméno, podpis