

ŽÁDOST O KOPIE/VÝPISY ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE NEBO NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Pacient/ka:

příjmení, jméno, titul.....

r. č.....

kontakt (tel., e-mail, adresa).....

Žadatel/ka:

(vyplní se pouze v případě, že žádá jiná osoba než pacient sám)

příjmení, jméno, titul.....

datum narození.....

vztah (rodinný, jiný) k pacientovi.....

kontakt (tel., e-mail, adresa).....

Žádám o kopie zdravotnické dokumentace z:

hospitalizace za období (uved'te alespoň měsíc a rok)

na oddělení/klinice.....

nebo

ambulantního ošetření za období (uved'te alespoň měsíc a rok)

na oddělení/klinice.....

nebo

jiné dokumentace (prosím specifikujte).....

.....

.....

Vdne.....

.....
podpis pacienta nebo žadatele