

## ŽÁDOST A ZÁZNAM O NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE PACIENTA

Příjmení a jméno, titul: .....RČ:.....

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

Souhlasím, aby níže uvedená osoba byla obeznámena s údaji v mé zdravotnické dokumentaci: ŽADATEL – OSOBA URČENÁ PACIENTEM (vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)

Příjmení a jméno, titul: ..... Datum narození:.....

Vztah k pacientovi: ..... Číslo OP/pasu:.....

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

Žádám o možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace:

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

na oddělení: KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

jiné: .....

Prohlašuji, že se zavazuji uhradit náklady spojené s přípravou dokumentace k nahlédnutí a jejího vyhledání v archivu. Dále v případě nutné přítomnosti zdravotnického pracovníka při nahlížení do dokumentace uhradím náklady za čas tohoto pracovníka spojený s nahlížením. Platbu (na základě ceníku) je možné provést hotově nebo na základě vystavené faktury.

Terapeutického centra Modré dveře, z.ú.

Datum: ..... Podpis pacienta: .....

Datum: ..... Podpis žadatele: .....

VYPLNÍ ZAMĚSTNANEC Terapeutického centra Modré dveře, z.ú.

Souhlas pacienta ověřil: ..... Funkce:.....

Datum: ..... Podpis: .....

Totožnost žadatele ověřil: ..... Funkce:.....

Datum: ..... Podpis:.....

V Kostelci nad Černými lesy