

**ŽÁDOST A ZÁZNAM O POŘÍZENÍ KOPIE/VÝPISU ZE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE PACIENTA (nehodící se škrtněte)**

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 pořízení kopie zdravotnické dokumentace (viz Vyhláška o zdravotnické dokumentaci č.385/2006 Sb. a Zákon o zdravotních službách č.372/2011 Sb.v platném znění):

ambulantního ošetření – období (uvedte alespoň měsíc a rok).....

na oddělení: KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

jiné:.....

Prohlašuji, že se zavazuji uhradit náklady za pořízení požadovaných kopií či výpisu dle ceníku Terapeutického centra Modré dveře, z.ú., uhradím náklady na čas zdravotnického pracovníka při vypracování výpisu ze zdravotní dokumentace a dále v případě nutné přítomnosti zdravotnického pracovníka při předávání kopie dokumentace (příp. odborného vysvětlení) uhradím náklady za čas tohoto pracovníka. Platbu (na základě ceníku) je možné provést hotově nebo na základě vystavené faktury. Beru na vědomí, že kopírování bude zahájeno až po zaplacení.

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