

**Poličská nemocnice, s.r.o.**

Eimova 294, 572 19 Polička

telefon: 461722700

IČO 25 29 60 94

Zapsána v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Hradci Králové v oddílu C, vložce 13882

**Žádost o nahlížení / pořízení kopie zdravotnické dokumentace („ZD“)**

Identifikace žadatele (oprávněné osoby)	
Jméno a příjmení	
Adresa	
Číslo OP	
Datum narození	

Žádám o:	
<input type="checkbox"/> Nahlížení do ZD	<input type="checkbox"/> Zhotovení kopie ZD
<input type="checkbox"/>	vedené o mé osobě nebo o níže uvedené osobě blízké (definujte svůj vztah k pacientovi.....)
<input type="checkbox"/>	dítěte, jehož jsem zákonný zástupce, pěstoun nebo jiná pečující osoba, které je dítě svěřeno do osobní péče soudem
<input type="checkbox"/>	osoby s omezenou svéprávností, jejíž jsem opatrovník
<input type="checkbox"/>	pacienta, který projevil souhlas s tímto zhotovením v můj prospěch v informovaném souhlasu s hospitalizací
<input type="checkbox"/>	zemřelého pacienta, který oprávněnou osobu neuvedl, ale ze zákona jako osoba blízká mám na informace nárok
<input type="checkbox"/>	na základě plné moci udělené pacientem/oprávněnou osobou

Identifikace pacienta a ZD	
Jméno a příjmení	
Datum narození	
Z pracoviště	
Identifikace ZD (za období, oddělení)	
Rozsah ZD (úplná, propouštěcí zpráva, operační protokol apod.)	

Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s ceníkem nemocnice za pořízení kopie ZD a zavazuji se uhradit náklady za pořízení požadovaných kopií dle tohoto ceníku. Platbu provedu předem a beru na vědomí, že požadované obdržím až po předložení dokladu o zaplacení.

Přijetí žádosti	
Datum přijetí	
Podpis žadatele	
Podpis příjemce žádosti	

**Poličská nemocnice, s.r.o.**

Eimova 294, 572 19 Polička

telefon: 461722700

IČO 25 29 60 94

Zapsána v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Hradci Králové v oddílu C, vložce 13882

Nahlížení do zdravotnické dokumentace	
Datum, čas (od – do)	
Rozsah nahlížení	
Účel nahlížení	
Podpis žadatele	
Způsob ztotožnění žadatele, příp. ověření jeho vztahu k pacientovi	
Podpis pověřeného pracovníka, který byl nahlížení přítomen	

Předání kopie zdravotnické dokumentace	
Rozsah předávané ZD	
Účel pořízení kopie ZD	
Datum a podpis ředitele *	
Datum a podpis primáře / vrchní sestry	
Datum a podpis pověřeného pracovníka, který kopii ZD předal	
Datum a podpis žadatele	
Způsob ztotožnění žadatele, příp. ověření jeho vztahu k pacientovi	
Datum a způsob odeslání kopie ZD, není-li předávána osobně	

Účtovací předpis			
Cena - vytištění / ofocení	Cena za stranu	Počet stran	Cena celkem k úhradě

\* v případě vyžádání ZD pro potřeby soudu/státního zastupitelství/policie