	Nemocnice Hranice a. s., Zborovská 1245, 753 22 Hranice IČO 47677406	II-OS-01 „Zdravotnická dokumentace“ verze č.01 platnost od 01.05. 2012	1z2

ŽÁDOST A ZÁZNAM O NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

PACIENT / KA

Příjmení a jméno, titul: _____ RČ: _____/_____

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

_____ Číslo OP: _____

Souhlasím, aby níže uvedená osoba byla obeznámena s mým rodným číslem.

ŽADATEL - OSOBA URČENÁ PACIENTEM NEBO OSOBA BLÍZKÁ PACIENTOVI

(vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)

Příjmení a jméno, titul: _____ datum narození: _____

Vztah k pacientovi: _____ Číslo občanského průkazu: _____

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

Žádám o nahlížení do zdravotnické dokumentace:

(v případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře)

z hospitalizace - období *(uved'te alespoň měsíc a rok)*: _____

na oddělení: _____

z ambulantního ošetření - období *(uved'te alespoň měsíc a rok)*: _____

na oddělení: _____

jiné: _____

.....

Datum

.....


Podpis pacienta

.....

Datum

.....

Podpis žadatele *(určené osoby)*
(pokud nežadá sám pacient)

	Nemocnice Hranice a. s., Zborovská 1245, 753 22 Hranice IČO 47677406	II-OS-01 „Zdravotnická dokumentace“ verze č.01 platnost od 01.05. 2012	2z2

VYPLNÍ ZAMĚSTNANEC NEMOCNICE HRANICE A.S.

Totožnost žadatele ověřil: _____

.....
Datum

.....
Jméno / Podpis

Souhlas pacienta/ky s nahlížením výše uvedené osoby do zdravotnické dokumentace byl ověřen kým: _____

Jak: dle souhlasu pacienta s poskytováním informací o zdravotním stavu

jinak: _____

.....
Datum

.....
Jméno / Podpis

Nahlédnutí do zdravotnické dokumentace umožnil: _____

Rozsah poskytnutých informací je shodný se žádostí.

.....
Datum

.....
Jméno / Podpis