

## **Žádost o nahlížení do zdravotnické dokumentace, pořízení výpisu, opisu, kopie**

Níže uvedeného dne bylo:

### **a) na žádost:**

Jméno a příjmení:

č. OP:

Datum narození:

Telefon:

Plná moc ze dne:

týká se :

Bydliště:

Se souhlasem lékaře MUDr.:

Jmenovka podpis:

**(číslo OP, telefon a plná moc se vyplní, pokud se nejedná o žádost samotného pacienta)**

### **b) jedná se o** (odpovídající označte křížkem):

- |   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pacient              | <input type="checkbox"/> ZD během hospitalizace       | <input type="checkbox"/> nahlížení |
| <input type="checkbox"/> osoba blízká         | <input type="checkbox"/> ZD po ukončení hospitalizace | <input type="checkbox"/> výpis     |
| <input type="checkbox"/> zákonný zástupce     |   | <input type="checkbox"/> opis      |
| <input type="checkbox"/> pěstoun              | <input type="checkbox"/> pověření, plná moc           | <input type="checkbox"/> kopie     |
| <input type="checkbox"/> opatrovník           |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> druh, družka         |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> registrovaný partner |   |                                    |

### **V rozsahu a za účelem:**

**V čase od:**

**do:**

**hod.**

**Celková částka za provedené úkony činí:**

**Kč**

Svým podpisem stvrzuji, že mi bylo umožněno do zdravotnické dokumentace nahlédnout v požadovaném rozsahu a v případě požádání o pořízení výpisu, opisu, kopie zdravotnické dokumentace mi bylo vyhověno.

V Meziboří dne:

.....  
Podpis žadatele

.....  
Jmenovka a podpis zdravotnického pracovníka,  
který výpis, opis či kopii pořídil nebo dohlížel