



TŘI, z.ú.
Sokolská 584, 257 22 Čerčany, IČO:
18623433

Žádost o nahlížení do zdravotnické dokumentace, pořízení výpisu nebo kopie

PACIENT/KA

Jméno, příjmení:

Rodné číslo:

Kontakt (adresa, tel. číslo, email):

ŽADATEL/KA – osoba určená pacientem nebo osoba oprávněná:
(vyplňte jen pokud žadatelem není sám pacient)

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Kontakt (adresa, tel. číslo, email):

Vztah k pacientovi:

(k žádosti je nutné doložit doklad prokazující vztah k pacientovi)

Předmět žádosti: (nehodící se škrtněte)	<ul style="list-style-type: none">• nahlížení• pořízení výpisu• pořízení kopie
Rozsah zdravotnické dokumentace: (nehodící se škrtněte, upřesněte)	<ul style="list-style-type: none">• kompletní zdravotnická dokumentace• částečný rozsah zdravotnické dokumentace:<ul style="list-style-type: none">- dle období:- dle formy péče (lůžková, v domácím prostředí):- dle typu péče (lékařská, ošetrovatelská):

Způsob převzetí žadatelem/pacientem: (nehodící se škrtněte)	<ul style="list-style-type: none">• osobně• poštou na adresu uvedenou shora• do datové schránky
------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

V _____ dne _____

Podpis žadatele: _____

(Je-li žádost zasílána poštou, je třeba úředně ověřený podpis žadatele)

Jméno a podpis pověřené zaměstnance, který ověřil totožnost žadatele:	
-----------------------------------------------------------------------------------------	--