

**VYPLŇUJE PACIENT / ŽADATEL:**

**PACIENT**

Příjmení a jméno , titul : .....Identifikační číslo: .....

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

**ŽADATEL**       **OSOBA URČENÁ PACIENTEM NEBO ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE PACIENTA**

(zaškrtněte)

**OSOBA BLÍZKÁ ZEMŘELÉMU PACIENTOVI**

(tato část se vyplňuje,pokud žádá jiná osoba než pacient sám)

Příjmení a jméno, titul : .....Datum narození : .....

Vztah k pacientovi : .....Číslo občanského průkazu/pasu : .....

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

Účel nahlížení : .....

**Dle zákona č.372/2011 Sb. o zdravotních službách žádám (dále jen zákon) :**

(zaškrtněte)

- o nahlížení** do zdravotnické dokumentace dle ustanovení § 65 odst. 1 zákona  
 **o pořízení výpisu** ze zdravotnické dokumentace dle ustanovení § 65 odst. 1 zákona  
 **o pořízení kopie** ze zdravotnické dokumentace dle ustanovení § 65 odst. 1 zákona

**z hospitalizace** - oddělení, období ( uveďte alespoň měsíc a rok) a uveďte konkrétní dokumenty :

.....  
.....  
.....

**Prohlašuji**, že se zavazuji uhradit náklady dle platného ceníku zveřejněného na webu LRN Cvikov p.o.

Datum : .....

Podpis žadatele : .....

**Pokud je žádost zaslána poštou, podpis na žádosti musí být úředně ověřen.**

**VYPLŇUJE ZAMĚSTNANEC LRN CVIKOV p.o. :**

- ověření totožnosti oprávněné osoby, pokud žadatelem je pacient
- ověření totožnosti oprávněné osoby a souhlasu pacienta s nahlížením do zdravotnické dokumentace nebo s pořízením opisu nebo výpisu ze zdr.dokumentace v případě, že žádá osoba odlišná od pacienta

Ověřil/a : **Příjmení a jméno, pracovní zařazení :** .....

**Způsob ověření :**     Číslo OP     Poučení a souhlas pacienta s hospitalizací     Plná moc  
(zaškrtněte)

jiný způsob ověření .....

**Datum:** ..... **Podpis :** .....

(originál žádosti založit do chorobopisu)

<b>Náklady na pořízení :</b> (výpis, kopie zdravotnické dokumentace)	<b>Počet listů oboustranně</b>	<b>Cena :</b> (dle platného ceníku zveřejněného na webu LRN Cvikov p.o.)

**Celková částka činí :**

**Prohlášení oprávněné osoby - pacienta / žadatele - svým podpisem stvrzuji, že :**

- **mi bylo umožněno nahlédnout do zdravotnické dokumentace ve mnou požadovaném rozsahu**
- **jsem převzal mnou požadované kopie zdravotnické dokumentace nebo výpisy ze zdravotnické dokumentace v plném rozsahu**

Datum předání kopií nebo výpisů ze zdravotnické dokumentace nebo datum nahlížení : .....

Podpis za poskytovatele : .....

příjmení, jméno

podpis

Podpis oprávněné osoby : .....

(pacient nebo žadatel)

příjmení, jméno

podpis