



Vychází z: S – 46

Žádost a záznam o pořízení kopie zdravotnické dokumentace

Pacient:

Příjmení a jméno, titul:

RČ:

Kontakt (adresa, telefon, e-mail):

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

Žadatel – osoba určená pacientem

Příjmení a jméno, titul:

Datum narození:

Vztah k pacientovi:

Číslo OP:

Kontakt (adresa, telefon, e-mail):

Žádám o pořízení kopie zdravotnické dokumentace:

- pořízené během hospitalizace – období (měsíc a rok):
na oddělení:

uvedte konkrétní dokumenty (název, datum, období):

- pořízené na ambulanci při ambulantním ošetření (měsíc, rok):
název ambulance:

uvedte konkrétní dokumenty (název, datum, období):

- ostatní:



Vychází z: S – 46

Zavazují se uhradit náklady za pořízení kopií v pokladně Klatovské nemocnice, a. s.

Kopírování se uskuteční po předložení stvrzenky o zaplacení.

Ceník: A5 – jednostranná kopie černobílá 1,00 Kč/ks oboustranná kopie černobílá 2,00 Kč/ks

A4 – jednostranná kopie černobílá 2,00 Kč/ks oboustranná kopie černobílá 3,00 Kč/ks

A3 – jednostranná kopie černobílá 5,00 Kč/ ks oboustranná kopie černobílá 7,00 Kč/ks

Kopie snímků (obrazové dokumentace) na multimédia (CD/DVD) 20,00 Kč

Náklady spojené s odesláním informací žadateli dle aktuálního ceníku České pošty

Datum:

Podpis pacienta:

(úředně ověřený)

Datum:

Podpis žadatele:

VYPLNÍ ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK KLATOVSKÉ NEMOCNICE, A. S.

Souhlas pacienta s pořizováním kopií zdravotnické dokumentace výše uvedené osoby ověřil/a:

Příjmení a jméno, titul, pracovní zařazení:

Způsob ověření:

- Souhlas s hospitalizací:
- Souhlas s poskytováním informací
- Jinak (např. ověření totožnosti dle OP, úředně ověřený podpis pacienta, apod.):

Datum:

Podpis: