



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)	• nahlížení • pořízení výpisu • pořízení kopie
Rozsah zdravotnické dokumentace: (nehodící se škrtněte, upřesněte)	• kompletní zdravotnická dokumentace • částečný rozsah zdravotnické dokumentace: - dle období: - dle formy péče (lůžková, v domácím prostředí): - dle typu péče (lékařská, ošetrovatelská):



Způsob převzetí žadatelem/pacientem:
(nehodící se škrtněte)

- 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:**

--