

ŽÁDOST A ZÁZNAM O NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Pacient/ka

Příjmení a jméno, titul:
Kontakt (adresa, telefon, e-mail):

RČ:

Souhlasím, a by 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 možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace:

- pořízené během hospitalizace – období (měsíc, rok):
Na oddělení:
- pořízené na ambulanci při ambulantním vyšetření (měsíc, rok):
Název ambulance:
- jiné:

Datum:

Datum:

Podpis pacienta:
(notářsky ověřený)

Podpis žadatele:

VYPLNÍ ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK STODSKÉ NEMOCNICE a.s.

Souhlas pacienta/ky s nahlížením výše uvedené osoby do zdravotnické dokumentace ověřil/a:

Příjmení a jméno, titul, pracovní zařazení:

Způsob ověření:

- souhlas s hospitalizací:
- jinak:

Datum:

Podpis: