



## **Žádost o pořízení výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace**

Já.....narozen/a:.....

Bytem:.....

Telefon:.....číslo občanského průkazu:.....

E-mail:.....

Žádám o pořízení:             výpisu             kopii

ze zdravotnické dokumentace vedené o tomto pacientovi:

.....  
jméno a příjmení pacienta, datum narození pacienta, vztah žadatele k pacientovi

Požaduji nahlédnout do zdravotnické dokumentace vedené na pracovišti (oddělení, datum)  
Dětské psychiatrické nemocnice Louny:

V případě výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace žádám:

- o pořízení veškeré zdravotnické dokumentace uvedeného pacienta
- jejich částí, které žádám:

Výpis nebo kopii zdravotnické dokumentace:

- převezmu osobně
- požaduji zaslat doporučeně do vlastních rukou na výše uvedenou adresu

Zavazuji se uhradit náklady spojené s pořízením požadovaného výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace dle aktuálního ceníku placených služeb DPN Louny a dále případné poštovné. Beru na vědomí, že výpis nebo kopie zdravotnické dokumentace mně budou vydány až po zaplacení uvedených nákladů. Upozorňujeme, že pacient musí s Vaším požadavkem souhlasit. Jeho souhlas je potom uveden v záznamu o vyjádření pacienta, který je součástí zdravotnické dokumentace o něm vedené, jinak svůj požadavek musíte doložit souhlasem pacienta opatřený jeho úředně ověřeným podpisem. V případě, že žádáte nahlížet do zdravotnické dokumentace po zemřelém pacientovi nebo pořizovat si z ní výpisy nebo kopie, je možné žádosti vyhovět jen pokud zemřelý pacient za svého života nevyslovil zákaz, abyste do zdravotnické dokumentace nahlížel/la nebo z ní pořizoval/la výpisy, a kopie.

V..... dne:..... podpis žadatele:.....

Podpis žadatele\*

*\* podpis musí být úředně ověřen, není-li žádost doručena osobně žadatelem*