

**Žádost a záznam**

**k pořízení výpisu, opisu nebo kopie zdravotnické dokumentace podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podle prováděcí vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci**

**Pacient**

Jméno a příjmení ....., RČ .....,  
(souhlasím se zpracováním svých osobních údajů)

Bydliště .....

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

**Žadatel**

osoba blízká/určená pacientem (vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)

Jméno a příjmení , dat.narození .....

Bydliště .....

Vztah k pacientovi .....Kontakt(tel.).....  
(zákonný zástupce, opatrovník, manželka, dcera, syn, sourozenec, registrovaný partner atd.)

**Žádám o pořízení**

- výpisu ze zdravotnické dokumentace
- kopie zdravotnické dokumentace
- pořízení CD z RTG, CT, MR
- popis RTG, CT, MR

.....  
.....  
(uved'te období, alespoň měsíc, rok, oddělení)

**Pořízený výpis, kopii ZD, CD si vyzvednu**

- osobně
- souhlasím se zasláním prostřednictvím České pošty

Datum a podpis pacienta/ žadatele.....

**Vyplní poskytovatel zdravotních služeb**

Výpisy nebo kopie ZD byly pořízeny za úhradu dle platného ceníku Oblastní nemocnice Kladno, a.s. a byly pacientem/ žadatelem zaplacený ve výši ..... v den předání a převzetí dokladů.

Souhlas pacienta/plná moc byl/a doložen/a

- ano
- ne, proto žádosti nebylo vyhověno

Totožnost zjištěna dle dokladu pacienta/žadatele (číslo) .....

Datum předání a převzetí/ Podpis .....

Jmenovka a podpis zaměstnance/Razítko .....

## INFORMACE K VYPLNĚNÍ FORMULÁŘE

### **Žádost a záznam k pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace dle zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách**

- Zdravotnickou dokumentaci (ZD)** pacienta mohou požadovat tyto osoby: pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta, osoby určené, osoby blízké zemřelému pacientovi.
- Jsem pacient a žádám o svou ZD** - Vyplňte své osobní údaje - jméno a příjmení, RČ, bydliště a telefonní kontakt.  
Uvedení kontaktu - telefonu, e-mailu je pro nás nezbytně nutné pro následnou komunikaci.
- Jsem žadatel a chci ZD za pacienta** – Vyplňte osobní údaje pacienta. Dále vyplňte své osobní údaje a kontakt. Žádáte-li o ZD plnoletého pacienta požadujeme plnou moc, která nemusí být notářsky ověřena. Bez plné moci si ZD může vyzvednout jen pacient osobně.
- O jakou ZD žádám** – Zaškrtněte údaje o pořízení a uveďte z jakého období (oddělení/ termín hospitalizace/ambulantní ošetření) žádáte ZD. Pokud si na toto období nepamatujete, uveďte alespoň rok.
- Jak si pořízený výpis, kopii ZD, CD si vyzvednu** – zaškrtněte způsob vyzvednutí.  
Pokud zvolíte osobně - ZD si vyzvednete na právním oddělení nemocnice (budova E, 2 patro).  
Pokud poštou – bude Vám ZD zaslána na dobírku ve výši 115,- Kč.
- Doplňte datum a podepište žádost.**  
Formulář odešlete na e-mail: [barbora.najmanova@nemk.cz](mailto:barbora.najmanova@nemk.cz)  
nebo ho zašlete na adresu: Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,  
nemocnice Středočeského kraje,  
právní oddělení, Vančurova 1548, 272 59 Kladno.
- Nemocnice za pořízení výpisu nebo kopie ZD požaduje úhradu dle platného ceníku.  
Pro příklad uvádíme základní ceny za účelně vynaložené náklady spojené s pořízením ZD:
  - 1 strana A4 15,- Kč
  - CD 140,- Kč
  - výpis ze ZD 550,- Kč
  - dobírka 130,- Kč (včetně manipulačního poplatku)
- Po obdržení žádosti pacienta nebo jiné k tomu oprávněné osoby má nemocnice na její vyřízení lhůtu **30 dnů**. Až bude zdravotnická dokumentace připravena k vyzvednutí, nemocnice Vás zkontaktuje na základě Vámi uvedených údajů. S sebou si, prosím, přineste průkaz totožnosti (OP).