

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 pacientoviKontakt(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

- 1. Zdravotnickou dokumentaci (ZD) pacienta** mohou požadovat tyto osoby: pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta, osoby určené, osoby blízké zemřelému pacientovi.
- 2. 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.
- 3. 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.
- 4. 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.
- 5. 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.
- 6. Doplňte datum a podepište žádost.**
Formulář odešlete na e-mail: barbora.najmanova@nemk.cz
nebo ho zašlete na adresu: Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje,
právní oddělení, Vančurova 1548, 272 59 Kladno.
- 6. 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 130,- Kč
 - výpis ze ZD 550,- Kč
 - dobírka 130,- Kč (včetně manipulačního poplatku)
- 7. 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).