	<b>Nemocnice Hranice a. s., Zborovská 1245, 753 22 Hranice</b> IČO 47677406	II-OS-01 „Zdravotnická dokumentace“ verze č.01 platnost od 01.05. 2012	1z2

## ŽÁDOST A ZÁZNAM O NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

### PACIENT / KA

Příjmení a jméno, titul: \_\_\_\_\_ RČ: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Kontakt (telefon, e-mail, adresa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Číslo OP: \_\_\_\_\_

Souhlasím, aby níže uvedená osoba byla obeznámena s mým rodným číslem.

### ŽADATEL - OSOBA URČENÁ PACIENTEM NEBO OSOBA BLÍZKÁ PACIENTOVI

*(vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)*

Příjmení a jméno, titul: \_\_\_\_\_ datum narození: \_\_\_\_\_

Vztah k pacientovi: \_\_\_\_\_ Číslo občanského průkazu: \_\_\_\_\_

Kontakt (telefon, e-mail, adresa): \_\_\_\_\_

Žádám o nahlížení do zdravotnické dokumentace:

*(v případě nedostatku místa použijte druhou stranu formuláře)*

z hospitalizace - období *(uved'te alespoň měsíc a rok)*: \_\_\_\_\_

na oddělení: \_\_\_\_\_

z ambulantního ošetření - období *(uved'te alespoň měsíc a rok)*: \_\_\_\_\_

na oddělení: \_\_\_\_\_

jiné: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....

Datum

.....


Podpis pacienta

.....

Datum

.....

Podpis žadatele *(určené osoby)*  
*(pokud nežadá sám pacient)*

	<b>Nemocnice Hranice a. s., Zborovská 1245, 753 22 Hranice</b> IČO 47677406	II-OS-01 „Zdravotnická dokumentace“	2z2
		verze č.01	
		platnost od 01.05. 2012	

**VYPLNÍ ZAMĚSTNANEC NEMOCNICE HRANICE A.S.**

Souhlas pacienta/ky s nahlížením výše uvedené osoby do zdravotnické dokumentace byl ověřen

kým: \_\_\_\_\_

Jak:  dle souhlasu pacienta s poskytováním informací o zdravotním stavu

jinak: \_\_\_\_\_

.....  
Datum

.....  
Jméno / Podpis

Nahlédnutí do zdravotnické dokumentace umožnil: \_\_\_\_\_

Rozsah poskytnutých informací je shodný se žádostí.

.....  
Datum

.....  
Jméno / Podpis