

Žádost a záznam o pořízení výpisu, opisu nebo kopie zdravotnické dokumentace

Pacient/ka	
Příjmení, jméno, Titul: _____	RČ: _____ / _____
Bydliště: _____	Telefon: _____
e-mail: _____	
Souhlasím, aby níže uvedená osoba byla seznámena s mými osobními údaji.	

Žadatel/ka (vyplní se, pokud žádá o výpis zákonný zástupce nebo jiná osoba než sám pacient)	
Příjmení, jméno, Titul: _____	Datum narození: _____
Vztah k pacientovi (zákonný zástupce, manžel/ka apod.) _____	Č.občan.průkazu: _____
Kontakt: (telefon, e-mail, adresa): _____	

Žádám o pořízení:(označte křížkem)

výpisu zdravotnické dokumentace opisu zdravotnické dokumentace kopie zdravotnické dokumentace

Z ambulantního ošetření na: (označte křížkem)

chirurgické ambulanci, stacionáři gynekologicko-porodnické amb. radiologickém pracovišti (RTG)

Období: (uveďte měsíc a rok) : _____

Jedná se o následující dokumenty: (zatrhněte křížkem a doplňte popisem)

<input type="checkbox"/> z ambulantního gyn.ošetření:	<u>Popis</u>
<input type="checkbox"/> z ambulantního chir.ošetření	<u>Popis</u>
<input type="checkbox"/> z RTG vyšetření	<u>Popis</u>
<input type="checkbox"/> jiné	<u>Popis</u>

Prohlašuji, že se zavazuji uhradit náklady za pořízení požadovaných dokumentů dle platného ceníku společnosti Viamedica spol. s r.o.

_____ Datum

_____ Podpis pacienta

_____ Datum

_____ Podpis žadatele (pokud nežádá sám pacient)

