

ŽÁDOST O POŘÍZENÍ KOPIÍ ZE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Pan/paní:, **číslo OP**, **který je:**

- 1) pacientem/zákonným zástupcem/opatrovníkem pacienta *)
- 2) osobou blízkou *)
- 3) osobou určenou pacientem nebo jeho zákonným zástupcem *)
- 4) oprávněn k nahlížení do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta *)

(dále žadatel)

žádá Uherskohradištskou nemocnici a.s. (dále UHN) o pořízení kopií ze zdravotnické dokumentace tohoto pacienta

Jméno
Příjmení
Datum narození
Oddělení
Časové období
požadované dokumentace

Pro převzetí dokumentace uveďte:

Jméno, příjmení žadatele
Telefonické spojení, e-mail
Adresa bydliště
ID datové schránky

Převzetí dokumentace:

- 1) **osobně *)**
- 2) **elektronickou formou na e-mail se zasláním hesla na mobilní telefon *)**
- 3) **datovou schránkou *)**
- 4) **v odůvodněných případech poštou (do vlastních rukou adresáta) *)**

V dne
.....
podpis žadatele

Datum přijetí žádosti (vyplní UHN)

.....
Totožnost žadatele ověřil pověřený pracovník
útvary Právní služby

Vysvětlivka: *) žadatel zaškrtně variantu