

ŽÁDOST O NAHLÉDNUTÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

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

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

(dále žadatel)

žádá Uherskohradištskou nemocnici a.s. (dále UHN) o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace tohoto pacienta

Jméno
Příjmení
Datum narození
Oddělení UHN

V dne
.....
podpis žadatele

Datum přijetí žádosti (vyplní UHN).....

.....
Totožnost žadatele ověřil
- čitelně jméno, příjmení + podpis

Vysvětlivka: *) žadatel zaškrtně variantu