

Žádost o vydání výpisu* /kopie* /obrazového záznamu*
zdravotnické dokumentace

Žádám o vydání výpisu*/kopie*/ obrazového záznamu* zdravotnické dokumentace pacienta:

Jméno, příjmení:

Datum narození:, číslo OP / pasu:

Telefon:

Adresa bydliště:

Žadatel/ka – osoba určená pacientem (vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám):

Jméno:

Datum narození:, číslo OP / pasu:

Adresa bydliště:tel:

Vztah k pacientovi (zákonný zástupce, opatrovník, jiný), doložení plné moci:

Ověření žadatele:

☐ žadatel je pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta

☐ žadatel je zplnomocněná pacientem

☐ žadatel je blízká zemřelému

☐ žadatel je stanovená zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění

Výběr nemocnice:

Pardubická nemocnice*	Chrudimská nemocnice*	Svitavská nemocnice*	Litomyšlská nemocnice*	Orlickoústecká nemocnice*
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Oddělení nemocnice:

Časové období rok/y:měsíc/e:.....

Výpis*/kopii*/obrazový záznam* ze zdravotnické dokumentace vyzvednu osobně* - zašlete
poštou (v listinné nebo elektronické podobě) na adresu*

.....

E-mail :.....ID schránka:.....

Požadovaná část zdravotnické dokumentace

- ☐ celá ZD
☐ lékařská část
☐ ošetrovatelská část
☐ obrazové záznamy (např. CD nosič)
☐ výsledky
☐ pouze vybrané zprávy
- ☐ příjmová
☐ propouštěcí
☐ překladová
☐ jiné:

Tato služba je zpoplatněna dle aktuálního ceníku nemocnice. Více informací na: <https://www.nempk.cz/informace/cenik>

V dne

.....
Jméno, příjmení, podpis žadatele

Žádost přijal dne:.....

.....
Jmenovka, podpis přijímajícího

Výpis, kopii ZD vydal dne:.....

.....
Jmenovka, podpis vydávajícího

*** nehodící se škrtněte**

<https://www.nempk.cz/informace/zadost-o-vypis-dokumentace>