

Žádost a záznam o nahlížení do 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 - osoba určená pacientem (vyplní se, pokud žádá o výpis 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 nahlížení do zdravotnické dokumentace (označte křížkem):

z ambulantního ošetření - období (uved'te alespoň měsíc a rok): _____

na ambulanci: _____

jiné (uved'te alespoň měsíc a rok): _____

Datum

Podpis pacienta

Datum

Podpis žadatele (určené osoby)
(pokud nežádá sám pacient)

Vyplní odborný zástupce Viamedica spol. s r.o. nebo odborný zástupce pro daný obor.

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: _____

Rozsah poskytnutých informací odpovídá žádosti.

Datum

Jméno, podpis

