

Žádost o pořízení kopie a/nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace

Jméno a příjmení: (dále jen „žadatel“) je

- pacientem *),
 zákonným zástupcem pacienta *),
 opatrovníkem pacienta *),
 osobou určenou pacientem / zákonným zástupcem / opatrovníkem pacienta *),
 osobou blízkou zemřelého pacienta *)

a žádá Fakultní nemocnici Bulovku o pořízení kopie/výpisu ze zdravotnické dokumentace (ZD)

k tomuto pacientovi FNB:

Jméno
Příjmení
Datum narození
Klinika, oddělení
Za období
Požadovaná ZD

Uveďte další osobní údaje žadatele:

Příbuzenský vztah k pacientovi
Adresa bydliště
Telefonické spojení, e-mail

Upozornění: Pro pořízení a předání kopie a/nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace na žádost zákonného zástupce, opatrovníka či osoby blízké pacienta je nutno kromě občanského průkazu žadatele doložit ještě příbuzenský či jiný vztah žadatele k pacientovi (rodný list, oddací list, pravomocné rozhodnutí o ustanovení opatrovníkem atd.), případně čestné prohlášení osoby blízké, není-li již jmenovitě určen v ZD pacienta pro nahlížení a pořizování kopií jeho ZD, nebo doložit plnou moc udělenou pacientem.

Žadatel převezme kopii a/nebo výpis ze zdravotnické dokumentace

- osobně *)
 poštou (na dobírku) na adresu žadatele *)

V Praze
.....
podpis žadatele

Dne
.....
Totožnost žadatele ověřil pověřený pracovník
PO/oddělení/kliniky FNB

Vysvětlivka: *) žadatel zaškrtně variantu