

ČÍSLO ŽÁDOSTI (doplň NZ):

PACIENT

žijící pacient

zemřelý pacient

Příjmení a jméno:

Rodné číslo:

Bydliště:

E-mail:

Telefonní číslo:

ŽADATEL

nutno vyplnit, pokud nežádá pacient

Příjmení a jméno:

Rodné číslo:

Bydliště:

E-mail:

Telefonní číslo:

Jsem vůči pacientovi: zákonný zástupce (opatrovník)

osoba určená pacientem v souhlasu s hospitalizací

osoba blízká (otec/matka, syn/dcera, manžel/ka, bratr/sestra)

osoba zmocněná (doložte ověřenou plnou moc)

POZNÁMKA NZ (ověření v souhlasu, NIS):

POŽADUJI

- kompletní kopii zdravotnické dokumentace (celý chorobopis, ambulantní karta)
 - částečnou kopii zdravotnické dokumentace (propouštěcí zpráva, operační protokol, atd.)
- Doplňte specifikaci

- výpis ze zdravotnické dokumentace (tiskopisy pro komerční pojišťovny)
- nahlédnutí do zdravotnické dokumentace

Z ODDĚLENÍ:**ZA ČASOVÉ OBDOBÍ:****PŘEVZETÍ PŘIPRAVENÉ KOPIE, VÝPISU**

- osobně na podatelně Nemocnice Znojmo
- požaduji zaslat do mé datové schránky, ID
- požaduji zaslat na adresu

Za Nemocnici Znojmo předal/odeslal:

Dne:

Číslo OP žadatele:

Podpis žadatele:

Zavazuji se uhradit náklady spojené s pořízením výpisu z dokumentace a náklady spojené s opakovaným Zhotovením kopie dokumentace ve výši dle aktuálního ceníku placených služeb Nemocnice Znojmo.