PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE V OPAVĚ

Psychiatrická nemocnice v Opavě
Olomoucká 305/88, 746 01 Opava
Telefon: +420 553 695 111

Žádost a záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, pořízení výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace

(tento formulář se stává součásti zdravotnické dokumentace)

Dokumentace pacienta:
jméno a příjmení: …….

datum narození: …… kontakt …….

bydliště: ……

Oprávněná osoba – žadatel: (vyplňte pokud žádá jiná osoba než pacient sám)
jméno a příjmení: …….....

datum narození: …….... vztah k pacientovi …….....

bydliště (u zaměstnance PN pracoviště): ……

kontakt: …….

- Dne …… bylo umožněno oprávněné osobě – žadateli **nahlédnutí do zdravotnické dokumentace** vedené o výše uvedeném pacientovi.
- Na žádost oprávněné osoby – žadatele byly dne …….. **pořízeny výpisy nebo kopie** zdravotnické dokumentace výše uvedeného pacienta.
- Na žádost oprávněné osoby – zaměstnance PN **zapůjčení zdravotnické dokumentace** výše uvedeného pacienta.

Účel nahlédnutí, pořízení výpisů, kopií nebo zapůjčení zdravotnické dokumentace:
……..

Rozsah nahlédnutí nebo pořízení výpisů nebo kopií:
……

V …… dne ……

……..
podpis žadatele

Nahlížení byl přítomen:

…….
jméno a příjmení, podpis pracovníka a datum

Psychiatrická nemocnice v Opavě
Olomoucká 305/88, 746 01 Opava
Telefon: +420 553 695 111

Zapůjčení, výpis nebo kopie zdravotnické dokumentace pořídil - poskytl:

jméno příjmení a titul: ……

byly předány / odeslány následující výpisy / kopie

název: …… počet stran: ……..

datum předání: ……..

předávající: přebírající:

……. ……
jméno, příjmení a podpis jméno, příjmení a podpis

Dokumentace vrácena dne:

přebírající:

……
jméno, příjmení a podpis