

## Záznam o nahlédnutí, pořízení výpisu, opisu zdravotnické dokumentace (ZD)

### Žadatel

a. na žádost pacienta, osoby blízké, zákonného zástupce, pěstouna:

Jméno a příjmení:	*Č. OP.:
Datum narození:	*Telefon: Email:
*Plná moc ze dne:	
Bydliště:	
**Totožnost žadatele ověřil:	Podpis ověřovatele:

\* (Kolony, číslo OP, telefon a plná moc ze dne, se vyplní, pokud se nejedná o žádost samotného pacienta. Pokud je předkládána plná moc, MUSÍ být úředně ověřena.)

\*\* (totožnost MUSÍ být ověřena)

### Identifikace pacienta (není-li žadatelem pacient)

Jméno a příjmení:
Datum narození:

#### b. umožněn přístup k ZD dle následujících variant:

- |  |                                   |                                 |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> pacient          | <input type="radio"/> otevřená ZD | <input type="radio"/> nahlížení |
| <input type="radio"/> osoba blízká     | <input type="radio"/> uzavřená ZD | <input type="radio"/> výpis     |
| <input type="radio"/> zákonný zástupce |                                   | <input type="radio"/> opis      |
| <input type="radio"/> pěstoun          |                                   | <input type="radio"/> kopie     |

Z pracoviště:.....

Číslo chorobopisu:.....

Rozsah a účel:

.....

Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s ceníkem NNBK a zavazuji se uhradit náklady vyplývající z této žádosti dle tohoto ceníku. Zároveň jsem seznámen/a s tím, že překročí-li celková suma částku 1000Kč, jsem povinen/a, uhradit zálohu ve výši 50% celkové sumy.

V případě nevyzvednutí či nedoplnění do 6-ti měsíců od podání žádosti, bude záloha uplatněna proti nákladům.

Pokud předpokládaná celková suma za služby překročí částku 1000 Kč, je NNBK povinna o tomto informovat žadatele telefonicky či emailem.

Datum a podpis žadatele:

\_\_\_\_\_

Se souhlasem lékaře:

\_\_\_\_\_

Celková částka za nahlédnutí, pořízení výpisu, opisu zdravotnické dokumentace činí: \_\_\_\_\_Kč

Svým podpisem stvrzuji, že mi bylo umožněno do ZD nahlédnout v požadovaném rozsahu a v případě požádání o pořízení výpisu, opisu, kopie ZD mi bylo vyhověno.

V Nymburce dne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

podpis žadatele

\_\_\_\_\_

Razítko a podpis dohlížejícího  
zdravotnického pracovníka

Po podpisech zúčastněných osob, se záznam, popř. plná moc a doklad o zaplacení stává součástí ZD pacienta.