

**Žádost o nahlížení, pořízení výpisu nebo kopie
zdravotnické dokumentace, dále „ZD“**

Žadatel (oprávněná osoba)	
Jméno a příjmení / Právnícká osoba	
Adresa / Bydliště	
Číslo OP	
Datum narození / IČ	
Kontaktní údaje (telefon, email, příp. datová schránka)	
Žádost o:	
☐ Nahlížení do ZD	☐ Pořízení výpisu ZD
☐ Zhotovení kopie ZD	
☐	vedené o mé osobě
☐	dítěte, jehož jsem zákonný zástupce, pěstoun nebo jiná pečující osoba, které je dítě svěřeno do osobní péče soudem
☐	osoby s omezenou svéprávností, jejíž jsem opatrovník
☐	pacienta, který mne určil jako osobu oprávněnou nahlížet do ZD nebo pořizovat výpis či kopie ZD v informovaném souhlasu s hospitalizací
☐	pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav oprávněnou osobu určit, ale ze zákona mám jako osoba blízká na informace nárok (můj vztah k pacientovi) ¹
☐	zemřelého pacienta, kdy ze zákona mám jako osoba blízká na informace nárok (můj vztah k zemřelému pacientovi) ²
☐	na základě plné moci udělené pacientem/oprávněnou osobou ³
Identifikace pacienta a zdravotnické dokumentace:	
Jméno a příjmení	
Datum narození	
Identifikace ZD (období)	
Rozsah ZD (uved'te konkrétní dokumenty)	
Účel pořízení výpisu nebo kopie ZD	

Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s ceníkem za pořízení výpisu nebo kopie ZD zveřejněném na webových stránkách společnosti Home Care Rite s.r.o. a zavazuji se uhradit náklady za pořízení požadovaného výpisu nebo kopií dle tohoto ceníku. Platbu provedu na kontaktním pracovišti v hotovosti, příp. na základě faktury, pokud jsou výpis nebo kopie ZD zasílány poštou či datovou schránkou.

Ověřený podpis žadatele⁴

- 1) Pokud pacient dříve vyslovil zákaz sdělovat informace o jeho zdravotním stavu určitým osobám blízkým, lze informace těmto osobám podat pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo zdraví další osoby, a to pouze v nezbytném rozsahu.
- 2) Pokud zemřelý pacient za svého života vyslovil zákaz sdělovat informace o jeho zdravotním stavu určitým osobám blízkým, lze informace těmto osobám blízkým podat pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo zdraví další osoby, a to v nezbytném rozsahu.
- 3) Podpis osoby udělující plnou moc musí být úředně ověřen.
- 4) Pokud je žádost zasílána poštou, musí být podpis žadatele úředně ověřen.



Home Care Rite s.r.o.
K Červenému vrchu 845/2b
160 00 Praha 6
IČ: 05469392

Korespondenční adresa:
Home Care Rite s.r.o.
Ouválová 333
274 01 Slaný

**Žádost o nahlížení, pořízení výpisu nebo kopie
zdravotnické dokumentace, dále „ZD“**

<u>Tuto stranu vyplní poskytovatel</u>		
Datum doručení žádosti:		
Podpis příjemce žádosti:		
Evidence nahlížení do ZD:		
Datum, čas (od – do)		
Rozsah nahlížení		
Podpis žadatele		
Způsob ztotožnění žadatele, příp. ověření vztahu k pacientovi		
Podpis pověřeného pracovníka, který byl nahlížení přítomen		
Forma a předání zdravotnické dokumentace:		
Rozsah předávané ZD		
Účel pořízení výpisu nebo kopie ZD		
Datum a podpis jednatele/ manažerky kontaktního pracoviště		
Datum a podpis žadatele, který výpis nebo kopii ZD převzal		
Způsob ztotožnění žadatele, příp. ověření jeho vztahu k pacientovi		
Datum a způsob odeslání výpisu nebo kopie ZD, nejsou-li předávány osobně		
Podklady k vyúčtování:		
Požadovaná dokumentace	Počet	Cena dle platného ceníku ¹
Celkem k úhradě:		

1) Platný ceník je k dispozici u pracovníků kontaktního pracoviště



Home Care Rite s.r.o.
K Červenému vrchu 845/2b
160 00 Praha 6
IČ: 05469392

Korespondenční adresa:
Home Care Rite s.r.o.
Ouvalova 333
274 01 Slaný