**A. Vyplní žadatel:**

**ŽÁDOST A ZÁZNAM O NAHLÍŽENÍ, POŘÍZENÍ VÝPISŮ NEBO KOPIÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE**

Jméno: ……………………………………………………………………. příjmení: …….…………………………………..…………………………………………………

datum narození/číslo OP: …………………………………………………../…….…………………………………………………………………………………………

bydliště/doručovací adresa: ………………..…………………….………………………………………..……………………………………………………………….

telefon, e-mail: …………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

žádám o (zaškrtněte):

* nahlížení do zdravotnické dokumentace
* kopii ze zdravotnické dokumentace □ žádám osobní vyzvednutí
* pořízení výpisu ze zdravotnické dokumentace □ žádám zaslání poštou

v rozsahu:

* veškeré ambulantní zdravotnické dokumentace
* veškeré hospitalizační zdravotnické dokumentace
* těchto částí zdravotnické dokumentace: ...................…..………………..............................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**není-li žadatelem pacient:**

jméno a příjmení pacienta: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

datum narození a bydliště: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

pacient byl léčen na oddělení: ………….....……………….......................... od – do (měsíc, rok) ………............................................

Žadatel čestně prohlašuje, že je ……………………………………… (uveďte příbuzenský vztah, např. dítě, rodič, prarodič, vnuk/vnučka, sourozenec, manžel/ka, partner/ka) pacienta.

Číslo dokladu totožnosti:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s ceníkem společnosti Lázně Bělohrad a.s. za pořízení kopie nebo výpisu a zavazuji se uhradit náklady dle tohoto ceníku. Platbu provedu předem na recepci hotelu Grand nebo poukázáním platby včetně poštovného na účet Raiffeisenbank a.s., č. ú.: 9444277001/5500, variabilní symbol datum narození pacienta, a beru na vědomí, že požadované obdržím až po předložení dokladu o zaplacení.

V ……………………………….. dne: ……………………. podpis: …………………...……………………………………………………………………………………….

V případě, že žadatel žádost odešle poštou, je nutný úředně ověřený podpis této osoby.

**B. Vyplní pověřená osoba LÁZNĚ BĚLOHRAD a.s.:**

**1. Ověření práva na informace ze zdravotnické dokumentace:**

Žadatel **je oprávněn** nahlížet, pořizovat výpisy a kopie ze zdravotnické dokumentace z důvodu:

* žadatelem je pacient, o jehož zdravotní stav se jedná,
* je-li uveden pacientem v záznamu o určení oprávněných osob v Informovaném souhlasu pacienta ZP\_VS07\_F01/F03/F04
* jde-li o osobu blízkou, pacient zemřel a nevyslovil zákaz nahlížet do zdravotnické dokumentace,
* jde-li o osobu zmocněnou plnou mocí s ověřeným podpisem

Žadatel **není oprávněn** nahlížet**,** požadovat výpisy nebo kopie ze zdravotnické dokumentace z důvodu:

* není-li uveden v záznamu o určení oprávněných osob v Informovaném souhlasu pacienta ZP\_VS07\_F01/F03/F04
* jiný důvod: ........................................................................................................................................................................

domluveno k osobnímu vyzvednutí dne: ......................................................................................................................

Právo žadatele na informace ze zdravotnické dokumentace ověřil:

Jméno, příjmení: …………………............………….. podpis: .……….……………………..…………………………………………………………….

**2. Nahlížení, vyhotovení kopie zdravotnické dokumentace schválil:**

V …………………………….... dne ………………… jméno, příjmení lékaře ...................................... podpis: ............................

**3. Rozsah nahlížení, pořízení výpisu nebo kopií ze zdravotnické dokumentace**

**3.1. Záznam o nahlížení**

 a)Žadatel nahlížel do zdravotnické dokumentace v rozsahu:

* úplná dokumentace
* část dokumentace, a to: ...................................................................................................................................

Žadatel nahlížel do zdravotnické dokumentace dne: ................................................ od – do .....................................

 b)Žadatel si současně vlastními prostředky pořídil kopie zdravotnické dokumentace v rozsahu:

* úplná dokumentace
* část dokumentace, a to: ……………………………………………………………………………………………………………………………..

Nahlížení byl přítomen:

Pověřený pracovník - jméno, příjmení:……………………………………………………… podpis:……………………………………………

**3.2. Záznam o pořízení kopií:** počet jednostranných listů: A4.............A3.............

 počet oboustranných listů: A4.............A3..............

byly pořízeny kopie ze zdravotnické dokumentace v rozsahu:

* celá dokumentace
* část dokumentace, a to: ...................................................................................................................................
* pořízen výpis ze zdravotnické dokumentace
* osobní vyzvednutí dne: ....................................................................................................................................

**Svým podpisem stvrzuji, že vedené údaje odpovídají skutečnosti:**

Pověřený pracovník – jméno, příjmení: .................................................... podpis: ............................................................

**4. Záznam o předání výpisu nebo kopií žadateli:**

Kopie (výpis) zdravotnické dokumentace předány osobně žadateli dne: ……………….………………………………………………..

**Účtovací předpis:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cena-vytištění/kopírování *(dle aktuálního ceníku)* | Cena za stranu | Počet stran | Cena celkem\* Kč k úhradě |
|  |  |  |
| Cena za administrativní úkon při archivním vyhledávání za každých započatých 15 min  | 70,00  |  |
| Výpis | 300,00  |  |
| Náklady na poštovné *(dle aktuálních cen přepravce)* |  |
| Celkem |  |

\*včetně DPH v Kč

**Svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené údaje odpovídají skutečnosti a že jsem kopii zdravotnické dokumentace osobně převzal v požadovaném rozsahu:**

žadatel: .....................................................................................................................................................