

Žádost o pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace pacienta**Identifikace žadatele:**

Jméno:

Příjmení:

Rodné číslo / datum narození:

Druh a číslo dokladu totožnosti:

Telefon:

Email:

Adresa (platná pro případné zaslání výpisu / kopie zdravotnické dokumentace):

Žádám o pořízení (zvolené zaškrtněte): výpisu nebo kopie ze zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě nebo vedené o tomto pacientovi:

Jméno pacienta:

Příjmení pacienta:

Rodné číslo / datum narození pacienta:

Vztah žadatele k pacientovi:

Upozorňujeme, že pacient musí s Vaším požadavkem souhlasit. Pokud pacient nevyslovil souhlas předem již v dokumentu „Záznam o souhlasu pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu“, který je součástí zdravotnické dokumentace o něm vedené, musíte svůj požadavek doložit souhlasem pacienta opatřeným jeho úředně ověřeným podpisem (tento souhlas není třeba u zákonného zástupce, opatrovníka, pěstouna).

Žádám: o pořízení veškeré zdravotnické dokumentace mé osoby / výše uvedeného pacienta nebo následujících částí zdravotnické dokumentace:

.....

.....

Výpis nebo kopii zdravotnické dokumentace:

převezmu **osobně** nebo požaduji **zaslat** doporučeně do vlastních rukou na výše uvedenou adresu.

požaduji pouze **nahlédnout** do zdravotnické dokumentace (preferované datum nahlédnutí):

Pokud je tato žádost o pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace zaslána poštou, vyžaduje se, aby **podpis na této žádosti byl úředně ověřen**, aby společnost měla za prokázané, že žadatelem je skutečně osoba oprávněná. Účelem tohoto opatření je zabránit možnému riziku sdělení či zpřístupnění důvěrných informací neoprávněné osobě. Pokud se oprávněná osoba dostaví, ověří pracovník ISCARE totožnost dle průkazu totožnosti.

Vyžádané výpisy či kopie zdravotnické dokumentace pracovník ISCARE předá osobně po jejich zhotovení proti úhradě nákladů spojených s jejich pořízením dle platného ceníku ISCARE. Pokud si pacient, nebo jiná oprávněná osoba, přeje zaslat požadovanou dokumentaci poštou, bude po splnění veškerých notifikací zaslána na dobírku za cenu nákladů spojených s jejich pořízením na adresu uvedenou v této žádosti (dodání do vlastních rukou výhradně jen adresáta).

V _____ dne: _____

Podpis žadatele*:

Identifikaci žadatele při podpisu ve zdravotnickém zařízení za ISCARE provedl (jméno, příjmení a podpis pracovníka):

** podpis musí být úředně ověřen, není-li žádost doručena osobně žadatelem*

Adresa pro zaslání žádosti: sekretariát, ISCARE a.s., Českomoravská 2510/19, Libeň, 190 00 Praha 9

Záznam o předání výpisu nebo kopií žadateli:

Kopie (výpis) zdravotnické dokumentace byly předány osobně žadateli dne _____

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

Podpis žadatele:

Podpis pracovníka, který kopii (výpis) zdravotnické dokumentace předal žadateli a ověřil jeho totožnost: