



## **Žádost a záznam o nahlížení do zdravotnické dokumentace**

**Pacient:**

Příjmení a jméno, titul:

RČ:

Kontakt (adresa, telefon, e-mail):

Souhlasím, aby níže uvedená osoba byla seznámena s mým rodným číslem

---

**Žadatel – osoba určená pacientem**

Příjmení a jméno, titul:

Datum narození:

Vztah k pacientovi:

Číslo OP:

Kontakt (adresa, telefon, e-mail):

---

**Žádám o možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace:**

- pořízené během hospitalizace – období (měsíc a rok):  
na oddělení:
- pořízené na ambulanci při ambulantním ošetření (měsíc, rok):  
název ambulance:
- ostatní:

Datum:

Podpis pacienta:

(úředně ověřený)

Datum:

Podpis žadatele:

---

**VYPLNÍ ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK KLATOVSKÉ NEMOCNICE, A. S.**

**Souhlas pacienta s nahlížením výše uvedené osoby do zdravotnické dokumentace ověřil:**

**Příjmení a jméno, titul, pracovní zařazení:**

**Způsob ověření:**

- Souhlas s hospitalizací:
- Souhlas s poskytováním informací:
- Jinak (např. ověření totožnosti dle OP, úředně ověřený podpis pacienta, apod.):

Datum:

Podpis: