

**Žádost a záznam**

**k pořízení výpisu, opisu nebo kopie zdravotnické dokumentace dle zák. č. 372/2011 Sb.**

**Pacient**

Jméno a příjmení ....., RČ .....  
(souhlasím se zpracováním svých osobních údajů)

Bydliště .....

Kontakt (telefon, e-mail).....

**Žadatel**

osoba blízká/určená pacientem (vyplňte, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)

Jméno a příjmení, dat.narození .....

Bydliště .....

Vztah k pacientovi .....Kontakt (telefon, e-mail).....  
(zákonný zástupce, opatrovník, manželka, dcera, syn, sourozenec, registrovaný partner atd.)

**Žádám o pořízení**

- ☐ výpisu ze zdravotnické dokumentace
- ☐ kopie zdravotnické dokumentace
- ☐ pořízení CD z RTG, CT, MR
- ☐ popis RTG, CT, MR

.....  
(uveďte období, alespoň měsíc, rok, oddělení)

**Pořízený výpis, kopii ZD, CD si vyzvednu**

- ☐ osobně
- ☐ souhlasím se zasláním prostřednictvím České pošty

Datum a podpis pacienta/ žadatele.....

**Vyplní poskytovatel zdravotních služeb**

Výpisy nebo kopie ZD byly pořízeny za úhradu dle platného ceníku Oblastní nemocnice Kladno, a.s.  
a byly pacientem/ žadatelem zaplacený ve výši ..... v den předání a převzetí dokladů.

Souhlas pacienta/plná moc byl/a doložen/a

- ☐ ano
- ☐ ne, proto žádosti nebylo vyhověno

Totožnost zjištěna dle dokladu pacienta/žadatele (číslo) .....

Datum předání a převzetí/ Podpis .....

Jmenovka a podpis zaměstnance/Razítko .....

## **INFORMACE K VYPLNĚNÍ FORMULÁŘE**

### **Žádost a záznam k pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace dle zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách**

1. **Zdravotnickou dokumentaci (ZD)** pacienta mohou požadovat tyto osoby:  
pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta, osoby určené, osoby blízké zemřelému pacientovi.
2. **Jsem pacient a žádám o svou ZD** - Vyplňte své osobní údaje - jméno a příjmení, RČ, bydliště a telefonní kontakt.  
Uvedení kontaktu - telefonu, e-mailu je pro nás nezbytně nutné pro následnou komunikaci.
3. **Jsem žadatel a chci ZD za pacienta** – Vyplňte osobní údaje pacienta. Dále vyplňte své osobní údaje a kontakt. Žádáte-li o ZD plnoletého pacienta požadujeme plnou moc, která nemusí být notářsky ověřena. Bez plné moci si ZD může vyzvednout jen pacient osobně.
4. **O jakou ZD žádám** – Zaškrtněte údaje o pořízení a uveďte z jakého období (oddělení/termín hospitalizace/ambulantní ošetření) žádáte ZD. Pokud si na toto období nepamatujete, uveďte alespoň rok.
5. **Jak si pořízený výpis, kopii ZD, CD si vyzvednu** – zaškrtněte způsob vyzvednutí.  
Pokud zvolíte osobně - ZD si vyzvednete na právním oddělení nemocnice (budova E, 2 patro).  
Pokud poštou – bude Vám ZD zaslána na dobírku.
6. **Doplňte datum a podepište žádost.**  
Formulář odešlete na e-mail: [barbora.najmanova@nemk.cz](mailto:barbora.najmanova@nemk.cz)  
nebo ho zašlete na adresu: Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,  
nemocnice Středočeského kraje,  
právní oddělení, Vančurova 1548, 272 59 Kladno.
6. Nemocnice za pořízení výpisu nebo kopie ZD požaduje úhradu dle platného ceníku.  
Pro příklad uvádíme základní ceny za účelně vynaložené náklady spojené s pořízením ZD:  
- 1 strana A4        10,- Kč  
- CD                100,- Kč  
- výpis ze ZD       400,- Kč  
- dobírka           100,- Kč + manipulační poplatek
7. Po obdržení žádosti pacienta nebo jiné k tomu oprávněné osoby má nemocnice na její vyřízení lhůtu 30 dnů. Až bude zdravotnická dokumentace připravena k vyzvednutí, nemocnice Vás zkontaktuje na základě Vámi uvedených údajů. S sebou si, prosím, přineste průkaz totožnosti (OP).