

## **Žádost a záznam o pořízení kopie obrazové zdravotnické dokumentace na radiologickém oddělení**

(ust. § 65 až 69 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění)

### **Pacient**

Jméno a příjmení: ..... Datum nar.: .....

Číslo občanského průkazu/pasu: .....

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

.....

### **Žadatel – jiná oprávněná osoba**

*Vyplňte v případě, pokud žádá jiná osoba než pacient sám, tj. zákonný zástupce pacienta, osoba určená pacientem nebo zákonným zástupcem pacienta, pěstoun nebo jiná pečující osoba, osoba blízká\*.*

Jméno a příjmení: ..... Datum nar.: .....

Vztah k pacientovi: ..... Číslo OP/pasu: .....

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

.....

### **Žádám o vyhotovení kopie těchto snímků:**

**RTG snímky**  ze dne ..... **CT snímky**  ze dne .....

**MR snímky**  ze dne ..... **Mamografické snímky**  ze dne .....

**Popis snímků**  ze dne .....

Potvrzuji, že jsem se předem seznámil s ceníkem a s cenou za pořízení kopie obrazové zdravotnické dokumentace a s těmito souhlasím. Jsem-li osobou blízkou, беру на вѣдомі, že poskytovatel zdravotních služeb může v případě pochybností ode mne požadovat předložení čestného prohlášení, ve kterém uvedu své kontaktní údaje a číslo průkazu totožnosti. Jsem-li pěstounem nebo jinou pečující osobou, doložím tuto skutečnost kopií příslušného rozhodnutí.

Současně prohlašuji, že jsem všechny skutečnosti na této žádosti uvedl pravdivě.

V ..... dne .....

.....  
podpis pacienta (v příp. zaslání poštou úředně ověřený)

.....  
podpis žadatele – jiné oprávněné osoby, pokud nežádá sám pacient (v příp. zaslání poštou úředně ověřený)

\*Dle § 22/1 občanského zákoníku je osoba blízká definována jako příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství. Jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní.

**Vyplní zaměstnanec Oblastní nemocnice Trutnov a. s.**

Souhlas pacienta s pořizováním výpisů nebo kopií ze zdravotnické dokumentace uvedenou oprávněnou osobou byl ověřen:

**Kým** – jméno a příjmení: .....

Datum: ..... Podpis: .....

Totožnost pacienta nebo jiné oprávněné osoby byla ověřena:

**Kým** – jméno a příjmení: .....

Datum: ..... Podpis: .....

**Kopii obrazové zdravotnické dokumentace pořídil:**

Jméno a příjmení, titul: ..... Dne: .....

**Bly předány/odeslány následující kopie obrazové zdravotnické dokumentace:**

<b>Název dokumentu</b>	<b>Počet stran</b>
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Účel pořízení kopií: .....

Čas zpracování: .....

Datum předání/odeslání pacientovi nebo jiné oprávněné osobě: .....

Předávající: ..... Přebírající: .....  
jméno a příjmení jméno a příjmení

.....  
podpis podpis

**Založení formuláře žádosti do zdravotnické dokumentace pacienta:**

**Kým** – jméno a příjmení: .....

Datum: ..... Podpis: .....