**[NEUROLOGIE Procházková & Kubec s.r.o. - IČO 06081266](https://www.podnikatel.cz/rejstrik/neurologie-prochazkova-kubec-s-r-o-06081266/)**

Pivovarská 3157, 470 01 Česká Lípa, tel. č. 601 152 138

**Písemná žádost** o pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace pacienta fyzickou osobou dle zákona č. 372/2011 Sb

***VYPLŇUJE PACIENT/ŽADATEL:***

**PACIENT**

Příjmení a jméno, titul: .....................................................................

Rodné číslo:.............................................

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

**ŽADATEL** □ **OSOBA URČENÁ PACIENTEM NEBO ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE PACIENTA**

□ **OSOBA BLÍZKÁ ZEMŘELÉMU PACIENTOVI**

(tato část se vyplňuje, pokud žádá jiná osoba než pacient sám)

Příjmení a jméno, titul: ....................................................................

Datum narození.: ........................................……..

Vztah k pacientovi: ................................. Číslo občanského průkazu/pasu: ............................................................…

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

**Dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách žádám (dále jen zákon):**

□ **o** pořízení **výpisu** ze zdravotnické dokumentace dle ustanovení § 65 odst. 1 zákona

□ **o** pořízení **kopie** ze zdravotnické dokumentace dle ustanovení § 65 zákona odst. 1 zákona

**Prohlašuji**, že se zavazuji uhradit náklady dle platného ceníku zveřejněného na přístupném místě.

Datum: ……………………………..…………

Podpis žadatele: ………………….………………….………..

**Pokud je žádost zaslána poštou, podpis na žádosti musí být úředně ověřen.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Náklady za pořízení:**  (výpis, kopie zdravotnické dokumentace ) | **Počet:** | **Cena:**  (dle platného ceníku zveřejněného na veřejně přístupném místě) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Celková částka činí :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prohlášení oprávněné osoby - pacienta/žadatele - svým podpisem stvrzuji, že**

* **jsem převzal v plném rozsahu mnou požadované kopie zdravotnické dokumentace nebo výpisy ze zdravotnické dokumentace**

Datum předání kopií nebo výpisů ze zdravotnické dokumentace:

................................................

Podpis za poskytovatele:

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

příjmení, jméno, podpis

Podpis oprávněné osoby:..........................................................................................................

(pacient nebo žadatel) příjmení, jméno, podpis

Platnost od 12.6.2025