

Nemocnica s poliklinikou Myjava

Staromyjavská 59

907 01 Myjava

ŽIADOSŤ O SPRÍSTUPNENIE ÚDAJOV ZO ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

(v zmysle § 24 a § 25 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v platnom znení)

1. Údaje o žiadateľovi (osoba, ktorá podáva žiadosť)

Meno a priezvisko / Titul:

Rodné číslo (alebo dátum narodenia):

Adresa trvalého pobytu:

Telefónne číslo: E-mail:

2. Vzťah žiadateľa k pacientovi (vyznačte krížikom požadované)

- ☐ Som priamo pacient *(prejdite na bod 4)*
- ☐ Zákonný zástupca pacienta *(napr. rodič maloletého dieťaťa)*
- ☐ Osoba splnomocnená pacientom *(povinnou prílohou je úradne osvedčené plnomocenstvo)*
- ☐ Blízka osoba po úmrtí pacienta *(manžel/manželka, dieťa, rodič, plnoletá osoba v domácnosti)*

3. Údaje o pacientovi (vyplňa sa len ak žiadateľ nie je priamo pacient)

Meno a priezvisko / Titul:

Rodné číslo (alebo dátum narodenia):

4. Špecifikácia požadovanej zdravotnej dokumentácie

Pracovisko / Oddelenie / Ambulancia:

Obdobie hospitalizácie / ošetrovania (od - do):

Iné spresnenie (napr. len konkrétne nálezy, prepúšťacia správa a pod.):

.....
.....

5. Spôsob prístupu (vyznačte krížikom požadovanú formu)

☐ **Nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie**

Bezplatné. Vykonať výpisky alebo kópie vlastným zariadením na mieste je povolené. Termín bude dohodnutý vopred s oddelením.

☐ **Vyhotovenie kópií zo zdravotnej dokumentácie (personálom)**

Služba je spoplatnená podľa platného cenníka. Kópie je možné prevziať osobne alebo zaslať poštou.

☐ **Poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie**

Ide o lekárom spracované zhrnutie. Vyhotovenie je spoplatnené (max. 3 % životného minima). Lehota na vyhotovenie je do 30 dní.

6. Vyhlásenie a podpis

Svojím podpisom čestne vyhlasujem, že všetky uvedené údaje sú pravdivé. Som si vedomý/á, že prístup k dokumentácii mi bude umožnený až **po overení mojej totožnosti** (predloženie platného občianskeho preukazu alebo pasu) a prípadnom preukázaní oprávnenia (napr. splnomocnenie, rodný list). Beriem na vedomie, že vyhotovenie kópií a výpisov podlieha úhrade podľa aktuálneho cenníka zdravotníckeho zariadenia.

V dňa

Podpis žiadateľa

Záznamy zdravotníckeho zariadenia (Nevypĺňať - slúži pre interné účely)

Dátum prijatia žiadosti:

Totožnosť overená (druh a číslo dokladu):
.....

Spôsob vybavenia (dátum nahliadnutia / zaslania kópií):
.....

Vybavil (meno, podpis, pečiatka):