Příloha č. 2

**Žádost o pořízení kopií a výpisů ze zdravotnické dokumentace**

**Pan/paní: ……………………………………………………………………………………………………………………………….**

1. pacientem/ zákonným zástupcem pacienta \*) nebo
2. osobou blízkou \*)

**žádá Nemocnici AGEL Říčany a.s. o pořízení kopií, výpisů a to**

**ze zdravotnické dokumentace tohoto pacienta:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení |  |
| Datum narození |  |
| Název pracoviště (ambulance) |  |
| Časové období požadované dokumentace |  |

**Pro převzetí dokumentace uveďte:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení žadatele |  |
| Telefon |  |
| e-mail |  |
| Adresa bydliště |  |

**Převzetí dokumentace:**

**Pro pořízení kopií a výpisů ze zdravotnické dokumentace na žádost zákonného zástupce či osoby blízké je nutno doložit příbuzenský vztah (OP, rodný list, oddací list atd.)**

1. **osobně\*) 2) poštou** (na dobírku) **\*)**

V ……………………………………. Dne …………………….

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

Totožnost žadatele ověřil pověřený pracovník Podpis žadatele

Nemocnice AGEL Říčany a.s.

***Vysvětlivka: \*) žadatel zaškrtne variantu***