Příloha č. 1

## Žádost o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace

**Pan/paní** 

1. pacientem/ zákonným zástupcem pacienta \*) nebo
2. osobou určenou pacientem k nahlížení do zdravotnické dokumentace \*) nebo
3. osobou blízkou zemřelému \*) nebo

4) oprávněn k nahlížení do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta \*), dále jen „**žadatel**"

**žádá Nemocnici AGEL Říčany a.s., o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace tohoto pacienta:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno |  |
| Příjmení |  |
| Datum narození |  |

V Říčanech dne

podpis žadatele

Totožnost žadatele ověřil pověřený pracovník

Nemocnice AGEL Říčany a. s.

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