

ŽÁDOST O KOPII ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE (ZD)

Žádám o vyhotovení kopie zdravotnické dokumentace:

Za období OD - DO	ODDĚLENÍ	V ROZSAHU (NAPŘ.: ÚPLNÉM - PROP. ZPRÁVA – SNÍMKY - APOD.)

Jméno, příjmení:

Rodné číslo/dat. nar.:/.....

Adresa vč. PSČ:

.....

Telefon/e-mail:/.....

Způsob převzetí zdravotnické dokumentace

Kopie ZD * vyzvednu osobně

* žádám o zaslání poštou doporučeným dopisem, do vlastních rukou, na dobírku

* žádám o zaslání faktury elektronicky na e-mailovou adresu

(po zaplacení faktury Vám bude zaslána zdravotnická dokumentace doporučeně do vlastních rukou. Variabilní symbol pro platbu je číslo faktury.)

* Označte (zaškrtněte) Vámi zvolenou variantu

Žádám, aby tato uvedená zdravotnická dokumentace byla vydána osobě:

Jméno, příjmení:

Rodné číslo: číslo OP:

Adresa:

Náklady na kopii zdravotnické dokumentace, v souladu s ustanovením zák. č. 372/2011

Sb.

(Směrnice předsedy představenstva Nemocnice České Budějovice, a.s., č. NCB_SME_08_002 Mlčenlivost zdravotnických pracovníků a právo pacienta a dalších osob na informace o jeho zdravotním stavu):

Náklady na pořízení kopie zdravotnické dokumentace činí součet fixních nákladů, nákladů za počet kopírovaných stran a náklady na poštovné.

- 1) Fixní náklady 256,30 Kč + DPH
- 2) Za každou okopírovanou stránku včetně kontroly provedené lékařem 5,30 Kč + DPH
- 3) Poštovné + DPH (v případě odesílání poštou, vždy doporučeně do vlastních rukou s návratkou na dobírku)

Náklady na pořízení kopie elektronické zdravotnické dokumentace (zpravidla obrazové) činí součet fixních nákladů, materiální náklady a náklady na poštovné.

- 1) Fixní náklady 233,50 Kč + DPH
- 2) Materiální náklady 1 CD 20 Kč + DPH
- 3) Poštovné + DPH (v případě odesílání poštou, vždy doporučeně do vlastních rukou s návratkou na dobírku)

Byl/a jsem seznámen/a s vyúčtováním a zavazuji se k úhradě nákladů na pořízení (event.odeslání) kopií.

Podpis:

(ÚŘEDNĚ OVĚŘENÝ PODPIS, PŘÍPADNĚ DOLOŽENÍ KOPIE DOKLADU TOTOŽNOSTI)

Na kopii musí být písemně uvedeno: „Souhlasím s poskytnutím kopie“. Pod toto prohlášení se podepište.

Datum: