

ŽÁDOST O KOPII ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE JINÉ OSOBY (osoby odlišné od žadatele)

Já, níže podepsaný/á

Titul, jméno, příjmení:.....

dat. nar.:

Adresa trvalého bydliště včetně PSČ:.....

.....

Doručovací adresa včetně PSČ (vyplňte, pokud se liší od adresy trvalého bydliště):

.....

telefon/e-mail:...../.....

jako

Označte (zaškrtněte) Váš vztah k níže uvedenému Pacientovi:

- zákonný zástupce Pacienta
- pěstoun nebo jiná pečující osoba Pacienta
- opatrovník Pacienta
- osoba zmocněná/určená Pacientem k vyžádání kopií jeho zdravotnické dokumentace
- osoba blízká* Pacienta, který při přijetí do péče nemohl s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, kterým mohou být poskytovány informace o jeho zdravotním stavu a které mohou případně nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace a pořizovat si její výpisy a kopie
- osoba blízká* zemřelého Pacienta

*Osoba blízká je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá

důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí.

tímto žádám

podle ust. § 65 odst. 1 ve spojení s ust. § 66 odst. 1 [příp. podle § 33 odst. 3)] zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZZS“) poskytovatele zdravotních služeb Nemocnici České Budějovice, a.s., IČO 26068877, se sídlem B. Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice (dále jen „Nemocnice“)

o vyhotovení kopií zdravotnické dokumentace následující osoby:

Titul, jméno, příjmení:.....

Rodné číslo:

dále a výše jen „Pacient“

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

Kopie zdravotnické dokumentace Pacienta žádám za účelem*

.....

* nepovinný údaj

Povinné přílohy žádosti

Za účelem doložení toho, že jste osoba oprávněná vyžádat si kopie zdravotnické dokumentace Pacienta, přiložte, prosím, k této žádosti příslušnou přílohu:

<p>Pokud o kopie zdravotnické dokumentace žádáte jako:</p>	<p>Přiložte:</p>
<p>Zákonný zástupce Pacienta →</p>	<p>Čestné prohlášení s Vaším podpisem (viz formulář Čestné prohlášení)</p>
<p>Pěstoun nebo jiná pečující osoba →</p>	<p>Originál nebo úředně ověřenou kopii pravomocného rozhodnutí o svěřením dítěte do osobní péče pěstounovi nebo jiné pečující osobě</p>
<p>Opatrovník Pacienta →</p>	<p>Originál nebo úředně ověřenou kopii pravomocného rozhodnutí o opatrovnictví</p>
<p>Osoba zmocněná/určená Pacientem k vyžádání kopií jeho zdravotnické dokumentace →</p>	<p>Souhlas Pacienta s jeho úředně ověřeným podpisem* (viz formulář Souhlas pacienta)</p>
<p>Osoba blízká pacienta, který při přijetí do péče nemohl s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, kterým mohou být poskytovány informace o jeho zdravotním stavu a které mohou případně nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace a pořizovat si její výpisy a kopie →</p>	<p>Čestné prohlášení s Vaším podpisem (viz formulář Čestné prohlášení)</p>
<p>Osoba blízká zemřelému Pacientovi →</p>	<p>Čestné prohlášení s Vaším podpisem (viz formulář Čestné prohlášení)</p>

*Pokud jste ve zdravotnické dokumentaci Pacienta, který byl v Nemocnici hospitalizován, uveden/a jako osoba určená k pořizování kopií jeho zdravotnické dokumentace, uveďte tuto skutečnost, prosím, níže, a pokud budete v této souvislosti oprávněn/a k vyžádání kopií zdravotnické dokumentace v rozsahu celé této Vaší žádosti, nebude nutné dokládat souhlas Pacienta.

Jsem osoba uvedená ve zdravotnické dokumentaci Pacienta jako osoba určená k pořizování kopií jeho zdravotnické dokumentace z následujících oddělení:

.....

Pokud po prověření této skutečnosti z naší strany nebudete ve zdravotnické dokumentaci Pacienta uveden/a jako osoba určená Pacientem k pořizování kopií jeho zdravotnické dokumentace v potřebném rozsahu, budete vyzván/a k doložení souhlasu Pacienta s jeho úředně ověřeným podpisem.

Za účelem usnadnění vyřizování Vaší žádosti, použijte, prosím, **vzorové formuláře příloh** dostupné elektronicky na webových stránkách www.nemcb.cz [sekce „PRO PACIENTY“ – „ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE, ŽÁDOSTI, POCHVALY, STÍŽNOSTI“ – „B) Jak postupovat, pokud chcete, aby Vám kopie (či výpis) zdravotnické dokumentace pořídil poskytovatel zdravotních služeb?“] nebo v listinné podobě v přízemí budovy vedení Nemocnice.

Způsob převzetí a úhrady nákladů na pořízení a odeslání kopií zdravotnické dokumentace (ZD)

Označte (zaškrtněte) Vámi zvolenou variantu:

- Kopie ZD vyzvednu osobně na pokladně Nemocnice a náklady spojené s pořízením kopií ZD uhradím na místě v hotovosti či platební kartou.
- Žádám o zaslání kopií ZD poštou doporučeným dopisem, do vlastních rukou; náklady spojené s pořízením kopií ZD a jejich odesláním uhradím na dobírku při převzetí zásilky.
- Žádám o zaslání kopií ZD poštou doporučeným dopisem, do vlastních rukou; náklady spojené s pořízením kopií ZD a jejich odesláním uhradím předem na základě faktury, kterou žádám zaslat elektronicky na e-mailovou adresu.....
 - Kopie ZD Vám budou zaslány po zaplacení faktury.
 - Jako variabilní symbol pro platbu uveďte číslo faktury.

Náklady na pořízení a odeslání kopií ZD

dle § 66 odst. 3 ZZS

Náklady na pořízení kopií ZD činí součet fixních nákladů a nákladů za počet kopírovaných stran a v případě odeslání kopií poštou se k nim připočítávají 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 kopií ZD (zpravidla obrazové) na elektronickém nosiči činí součet fixních nákladů a materiálních nákladů a v případě odeslání kopií poštou se k nim připočítávají 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)

Lhůta pro vyřízení žádosti

dle § 66 odst. 1 písm. a) ZZS

Vaše žádost o kopie ZD bude vyřízena v zákonné 30 denní lhůtě. Tato lhůta počne běžet od okamžiku, kdy obdržíme Vaši žádost, která bude úplná a bude obsahovat všechny potřebné náležitosti včetně všech jejích příloh. V případě, že bude nutné Vaši žádost doplnit (včetně doložení příslušné přílohy), počne tato lhůta běžet až od okamžiku, kdy takové doplnění žádosti obdržíme.

Pokud bude Vaše žádost neúplná a potřebné náležitosti či přílohy ve lhůtě do 30 dní od výzvy k doplnění učiněné naším zaměstnancem nedoplníte, bude Vaše žádost odložena bez vyřízení.

Informace o zpracování osobních údajů

podle čl. 13 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).

Dovolujeme si Vás informovat, že Vaše osobní údaje, které nám předáváte vyplněním této žádosti a jejích příloh (dále jen „Osobní údaje“), budeme zpracovávat jako jejich správce výlučně za účelem vyřízení Vaší žádosti a plnění s tím souvisejících zákonných povinností (např. povinnost Osobní údaje po určitou dobu uchovávat apod.). Podrobnější informace o zpracovávání Osobních údajů včetně Vašich práv s tím souvisejících jsou dostupné na

webových stránkách www.nemcb.cz [sekce „PRO PACIENTY“ – „ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE, ŽÁDOSTI, POCHVALY, STÍŽNOSTI“ – „D) Informace o zpracování osobních údajů“] nebo v listinné podobě v přízemí budovy vedení Nemocnice.

Podpisem této žádosti potvrzujete, že jste byl/a seznámen/a s náklady na pořízení a odeslání kopií ZD, souhlasíte s nimi a zavazujete se k jejich úhradě způsobem, který jste zvolil/a výše v této žádosti a dále, že jste byl/a seznámen/a s informacemi týkajícími se zpracování Vašich Osobních údajů.

V.....dne.....

Podpis:

NEZAPOMEŇTE, prosím, k žádosti přiložit příslušnou **PŘÍLOHU**.