**Žiadosť o poskytnutie/sprístupnenie údajov zo zdravotnej dokumentácie**

Žiadam o poskytnutie\*/sprístupnenie\* údajov zo zdravotnej dokumentácie osoby (pacienta):

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum narodenia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa trvalého/prechodného pobytu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum poskytnutia zdravotnej starostlivosti ak je známy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Žiadateľ: Oprávnená osoba v zmysle ustanovení § 24 a § 25 zákona č. 576/2004 Z. z.

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum narodenia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliska:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Číslo občianskeho preukazu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonický kontakt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vzťah k pacientovi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doklad preukazujúci príbuzenský vzťah k dotknutej osobe (rodný list, sobášny list, písomné plnomocenstvo s osvedčeným podpisom) formou:

\*výpisu zo zdravotnej dokumentácie

\*nahliadania do zdravotnej dokumentácie

\*robenia výpiskov na mieste sprístupnenia

\*vyhotovenia kópie zo zdravotnej dokumentácie

Účel (na čo údaje zo zdravotnej dokumentácie budú slúžiť): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Čestne prehlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že som si vedomý(á) následkov a právnej zodpovednosti za nepravdivé a nepresné údaje, ktoré uvádzam v žiadosti. Poskytnuté/sprístupnené údaje zo zdravotnej dokumentácie neoznámim, resp. neposkytnem tretím osobám ani nezneužijem vo svoj resp. tretej osoby prospech resp. neprospech. Som právne spôsobilý(á) na právne úkony a moja spôsobilosť nebola obmedzená žiadnym rozhodnutím a nemám žiadnym štátnym orgánom zakázané získavať údaje zo zdravotnej dokumentácie osoby, o ktoré žiadam.

Som si vedomý(á), že v zmysle Cenníka výkonov a služieb Nemocnica Snina, s.r.o., uhrádzam za výpis zo zdravotnej dokumentácie a za kópie zo zdravotnej dokumentácie stanovený poplatok v hotovosti do pokladne pri prevzatí požadovaných údajov zo zdravotnej dokumentácie.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , dňa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis žiadateľa