

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 Dopravní zdravotnictví a. s., POLIKLINIKU AGEL, o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace tohoto pacienta:

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

V Praze dne

.....
podpis žadatele.....
Totožnost žadatele ověřil pověřený pracovník
Dopravní zdravotnictví a. s.***Vysvětlivka: *) žadatel zaškrtně variantu***