

Žádost o pořízení kopií a výpisů ze zdravotnické dokumentace**Pan/paní:**

.....

- 1) pacientem/ zákonným zástupcem pacienta *) nebo
- 2) osobou blízkou *)

žádá Dopravní zdravotnictví a.s., POLIKLINIKU AGEL, o pořízení kopií, výpisů a to

.....

ze zdravotnické dokumentace tohoto pacienta:

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Název pracoviště (ambulance)	
Časové období požadované dokumentace	

Pro převzetí dokumentace uveďte:

Jméno a příjmení žadatele	
Telefon	
e-mail	
Adresa bydliště	

Převzetí dokumentace:**Pro pořízení kopií a výpisů ze zdravotnické dokumentace na žádost zákonného zástupce či osoby blízké je nutno doložit příbuzenský vztah (OP, rodný list, oddací list, atd.)****1) osobně *)****2) poštou (na dobírku) *)**

V dne

.....

Totožnost žadatele ověřil pověřený pracovník

Dopravní zdravotnictví a. s.

.....

Podpis žadatele

Vysvětlivka: *) žadatel zaškrtně variantu