

 OLIVOVA DĚTSKÁ LÉČEBNA	Olivova dětská léčebna, o.p.s. Olivova 224, 251 01 Říčany u Prahy 25	
	Žádost o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, o pořízení výpisů nebo o pořízení kopií zdravotnické dokumentace	FP_ODL_57 Verze 2

žadatel (jméno, příjmení, adresa, kontaktní telefon)	
žádá o tuto službu (zaškrtněte požadované)	<input type="checkbox"/> možnost nahlédnutí <input type="checkbox"/> pořízení výpisů <input type="checkbox"/> pořízení kopií
pacient (jméno, příjmení, rodné číslo/datum narození)	
<i>Pokud žádáte informace ze své dokumentace, doplňte pouze rodné číslo a vztah nevyplňujte.</i>	
vztah k pacientovi (zákonný zástupce, rodič.....)	
<i>Pokud zákonný zástupce pacienta nesepsal Záznam o souhlasu s poskytováním informací, kde je souhlas uveden, je nutno doložit kopií nebo předložením dokladu prokazujícího vztah k pacientovi.</i>	
rozsah zdravotnické dokumentace* (zaškrtněte požadované)	<input type="checkbox"/> kompletní z celé Olivovy dětské léčebny za období:
	<input type="checkbox"/> kompletní z oddělení za období:
	<input type="checkbox"/> část (určete rozsah a období):
způsob**	<input type="checkbox"/> osobně v prostorách sekretariátu Olivovy dětské léčebny (ODL) <input type="checkbox"/> požadují zaslat kopie na dobírku na výše uvedenou adresu <i>(V tomto případě se požaduje žádost s úředně ověřeným podpisem)</i>
<i>*Jedná-li se o druhou a další kopii téhož dokumentu, je služba zpoplatněna, a to 10 Kč /1 strana. **Pokud žadatel požaduje zaslat kopii poštou, bude navíc účtován poplatek dle tarifu České pošty.</i>	
v	dne:
Podpis žadatele	
Záznam kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo, včetně záznamu o pořízení kopie nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace, pokud byly pořízeny.	
v	dne:
Podpis pověřeného zaměstnance ODL	