



NEMOCNICA SNINA, s.r.o.
Sládkovičova 300/3, 069 01 Snina

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 hospitalizácie ak je známy:.....

Lôžkové oddelenie:.....

Dátum poskytnutia ambulantnej ZS ak je známy:.....

Odborná ambulancia, kde bola poskytnutá zdravotná starostlivosť:.....

Žiadateľ: Oprávnená osoba v zmysle § 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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> výpisu zo zdravotnej dokumentácie | <input type="checkbox"/> nahliadania do zdravotnej dokumentácie |
| <input type="checkbox"/> robenia výpisov na mieste sprístupnenia | <input type="checkbox"/> 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 Snine , dňa:

podpis žiadateľa.....

Vyplnenú a podpísanú žiadosť osobne doručte alebo zašlite na sekretariát Nemocnice Snina, s.r.o.