



## F-226 ŽIADOSŤ O POSKYTNUTIE/SPRÍSTUPNENIE ÚDAJOV ZO ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

<b>Žiadateľ</b> (oprávnená osoba podľa § 24 alebo § 25 zákona č.576/2004 Z. z.):	
Meno, priezvisko, titul/ Názov:	
Adresa trvalého pobytu/ Sídlo:	
Dátum narodenia/ IČO:	Číslo dokladu totožnosti:
Telefonický/Emailový kontakt:	

<b>Žiadam o poskytnutie/sprístupnenie údajov zo zdravotnej dokumentácie osoby (pacienta):</b>	
Meno, priezvisko, titul:	
Dátum narodenia:	Rodné číslo:
Adresa trvalého pobytu:	

<b>Vzťah žiadateľa k pacientovi:</b> (označiť X)			
<input type="checkbox"/> zákonný zástupca	<input type="checkbox"/> manžel/manželka	<input type="checkbox"/> rodič	<input type="checkbox"/> dieťa
<input type="checkbox"/> zákonný zástupca manžela/manželky/dieťaťa/rodiča	<input type="checkbox"/> splnomocnená osoba		
<b>Doklad preukazujúci príbuzenský alebo iný vzťah k pacientovi:</b> (rodný list, sobášny list, písomné plnomocenstvo s osvedčeným podpisom)			

<b>Požadované údaje zo zdravotnej dokumentácie sa týkajú:</b>
<b>a) ústavnej zdravotnej starostlivosti / hospitalizácie pacienta</b> dátum ZS / hospitalizácie (ak je známy): klinika/oddelenie:
<b>b) ambulantnej zdravotnej starostlivosti pacienta</b> dátum poskytnutia ZS (ak je známy): odborná ambulancia:

<b>Požadovaná forma poskytnutia / sprístupnenia údajov zo zdravotnej dokumentácie:</b> (označiť X)
<input type="checkbox"/> výpis zo zdravotnej dokumentácie
<input type="checkbox"/> nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie
<input type="checkbox"/> vyhotovenie výpisov zo zdravotnej dokumentácie na mieste sprístupnenia
<input type="checkbox"/> vyhotovenie kópie údajov zo zdravotnej dokumentácie

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 v prospech resp. neprospech svoj resp. tretej osoby. Som právne spôsobilý/-á na právne úkony a moja spôsobilosť nebola obmedzená žiadnym rozhodnutím a nemám žiadnym štátnym orgánom zakázané získať údaje zo zdravotnej dokumentácie osoby, o ktoré žiadam.

Som si vedomý/-á, že za výpis zo zdravotnej dokumentácie a/alebo za kópie zo zdravotnej dokumentácie som povinný uhradiť poplatok v súlade s aktuálne platnými cenníkom poplatkov VÚSCH, a.s. (k nahliadnutiu dostupné na: [www.vusch.sk](http://www.vusch.sk)).

V ....., dňa: .....

Podpis žiadateľa: .....