



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

Žiadateľ (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:	

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

Vzťah žiadateľa k pacientovi: (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		
<input type="checkbox"/> komisár pre osoby so zdravotným postihnutím	<input type="checkbox"/> psychológ, psychiater		
Doklad preukazujúci príbuzenský alebo iný vzťah k pacientovi: (rodný list, sobášny list, písomné plnomocenstvo s osvedčeným podpisom)			

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

Požadovaná forma poskytnutia / sprístupnenia údajov zo zdravotnej dokumentácie: (označiť X)
<input type="checkbox"/> výpis zo zdravotnej dokumentácie
<input type="checkbox"/> nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie
<input type="checkbox"/> vyhotovenie výpiskov 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 získavať 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).

V, dňa:

Podpis žiadateľa: