

ŽÁDOST O KOPII ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Já, níže podepsaný/á

Titul, jméno, příjmení:

Rodné číslo/dat. nar.:/.....

Adresa trvalého bydliště včetně PSČ:.....

.....

Doručovací adresa včetně PSČ (vyplňte, pokud se liší od adresy trvalého bydliště):

.....

Telefon/e-mail:/.....

tímto žádám

podle ust. § 65 odst. 1 písm. a) ve spojení s ust. § 66 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZZS“) poskytovatele zdravotních služeb Nemocnici České Budějovice, a.s., IČO 26068877, se sídlem B. Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice (dále jen „Nemocnice“)

o vyhotovení kopie mé zdravotnické dokumentace:

Za období OD - DO	ODDĚLENÍ	V ROZSAHU (NAPŘ.: ÚPLNÉM - PROP. ZPRÁVA – SNÍMKY - APOD.)

Způsob převzetí a úhrady nákladů* na pořízení a odeslání kopií zdravotnické dokumentace (ZD)

Označte (zaškrtněte) Vámi zvolenou variantu:

- Kopie ZD vyzvednu osobně na pokladně Nemocnice a pokud je s pořízením kopií ZD spojena úhrada nákladů na jejich pořízení, uhradím tyto náklady na místě v hotovosti či platební kartou.
- Žádám o zaslání kopií ZD poštou doporučeným dopisem, do vlastních rukou; pokud je s pořízením a odesláním kopií ZD spojena úhrada nákladů na jejich pořízení a odeslání, uhradím tyto náklady na dobírku při převzetí zásilky.
- Žádám o zaslání kopií ZD poštou doporučeným dopisem, do vlastních rukou; pokud je s pořízením a odesláním kopií ZD spojena úhrada nákladů na jejich pořízení a odeslání, uhradím tyto náklady předem na základě faktury, kterou žádám zaslat elektronicky na e-mailovou adresu.....
 - Kopie ZD Vám budou zaslány po zaplacení faktury.
 - Jako variabilní symbol pro platbu uveďte číslo faktury.
- Žádám, aby kopie ZD byly vydány následující osobě oproti úhradě nákladů na jejich pořízení v hotovosti či platební kartou na pokladně Nemocnice, pokud je s pořízením kopií ZD spojena úhrada nákladů na jejich pořízení.:

Titul, jméno, příjmení:.....

Dat. nar.:.....

Adresa trvalého bydliště:.....

- v případě volby tohoto způsobu převzetí a úhrady kopií ZD, pokud je s pořízením kopií ZD spojena úhrada nákladů na jejich pořízení, je **NEZBYTNÉ**, aby Váš podpis na tomto formuláři byl **UŘEDNĚ OVĚŘEN** a

osoba přebírající kopie ZD se při jejich převzetí prokázala platným dokladem totožnosti.

- Pokud zvolíte tento způsob převzetí a úhrady kopií ZD (je-li s pořízením kopií ZD spojena úhrada nákladů na jejich pořízení) a Váš podpis na tomto formuláři nebude úředně ověřen, nebude moci být Vaše žádost vyřízena (kopie ZD nebudou moci být vydány výše uvedené osobě).

Náklady na pořízení a odeslání kopií ZD

dle § 66 odst. 3 ZZS

Náklady na pořízení kopií ZD činí součet fixních nákladů a nákladů za počet kopírovaných stran a v případě odeslání kopií ZD poštou se k nim připočítávají náklady na poštovné.

- 1) Fixní náklady 471 Kč + DPH
- 2) Za každou okopírovanou stránku včetně kontroly provedené lékařem 2 Kč + DPH
- 3) Poštovné + DPH (v případě odesílání poštou, vždy doporučeně do vlastních rukou s návratkou na dobírku)

Náklady na pořízení kopií ZD (zpravidla obrazové) na elektronickém nosiči činí součet fixních nákladů a materiálních nákladů a v případě odeslání kopií ZD poštou se k nim připočítávají náklady na poštovné.

- 1) Fixní náklady 404 Kč + DPH
- 2) Materiální náklady 1 CD 6 Kč + DPH
- 3) Poštovné + DPH (v případě odesílání poštou, vždy doporučeně do vlastních rukou s návratkou na dobírku)

*Úhrada nákladů se nevztahuje na poskytnutí první kopie konkrétní ZD na žádost pacienta (případně jeho oprávněného zástupce, kterým je jeho zákonný zástupce, opatrovník, osoba určená pacientem, osoba určená zákonným zástupcem nebo opatrovníkem pacienta). Poskytnutí každé další kopie ZD, která byla poprvé poskytnuta bezplatně, úhradě nákladů již podléhá. Stejně tak úhradě nákladů podléhá poskytnutí (i první) kopie ZD na žádost jiných oprávněných osob, než je pacient nebo jeho oprávněný zástupce.

Lhůta pro vyřízení žádosti

dle § 66 odst. 1 písm. a) ZZS

Vaše žádost o kopie ZD bude vyřízena v zákonné 30 denní lhůtě. Tato lhůta počne běžet od okamžiku, kdy obdržíme Vaši žádost, která bude úplná a bude obsahovat všechny potřebné náležitosti. V případě, že bude nutné Vaši žádost doplnit, počne tato lhůta běžet až od okamžiku, kdy takové doplnění žádosti obdržíme.

Pokud bude Vaše žádost neúplná a potřebné náležitosti ve lhůtě do 30 dní od výzvy k doplnění učiněné naším zaměstnancem nedoplníte, bude Vaše žádost odložena bez vyřízení.

Informace o zpracování osobních údajů

podle čl. 13 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).

Dovolujeme si Vás informovat, že Vaše osobní údaje, které nám předáváte vyplněním této žádosti (dále jen „**Osobní údaje**“), budeme zpracovávat jako jejich správce výlučně za účelem vyřízení Vaší žádosti a plnění s tím souvisejících zákonných povinností (např. povinnost Osobní údaje po určitou dobu uchovávat apod.). Podrobnější informace o zpracovávání Osobních údajů včetně Vašich práv s tím souvisejících jsou dostupné na webových stránkách www.nemcb.cz [sekce „PRO PACIENTY“ – „ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE, ŽÁDOSTI, POCHVALY, STÍŽNOSTI“ – „D) Informace o zpracování osobních údajů“] nebo v listinné podobě v přízemí budovy vedení Nemocnice.

Podpisem této žádosti potvrzujete, že jste byl/a seznámen/a s náklady na pořízení a odeslání kopií ZD, souhlasíte s nimi a zavazujete se k jejich úhradě způsobem, který jste zvolil/a výše v této žádosti, pokud je s pořízením kopií ZD spojena úhrada nákladů na jejich pořízení a odeslání, a dále, že jste byl/a seznámen/a s informacemi týkajícími se zpracování Vašich Osobních údajů.

V.....dne.....

Podpis:.....

NEZAPOMEŇTE, prosím, v případě, kdy mají být kopie ZD vydány jiné osobě (než Vám jako žadateli), je **NEZBYTNĚ** nechat Váš podpis na této žádosti **ÚŘEDNĚ OVĚŘIT**.