

ŽÁDOST O KOPII ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE JINÉ OSOBY (osoby odlišné od žadatele)

Já, níže podepsaný/á

Titul, jméno, příjmení:.....

dat. nar.:

Adresa trvalého bydliště včetně PSČ:.....

.....

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

.....

telefon/e-mail:...../.....

jako

Označte (zaškrtněte) Váš vztah k níže uvedenému Pacientovi:

- zákonný zástupce Pacienta
- pěstoun nebo jiná pečující osoba Pacienta
- opatrovník Pacienta
- osoba zmocněná/určená Pacientem k vyžádání kopií jeho zdravotnické dokumentace
- osoba blízká* Pacienta, který při přijetí do péče nemohl s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, kterým mohou být poskytovány informace o jeho zdravotním stavu a které mohou případně nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace a pořizovat si její výpisy a kopie
- osoba blízká* zemřelého Pacienta

*Osoba blízká je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí.

tímto žádám

podle ust. § 65 odst. 1 ve spojení s ust. § 66 odst. 1 [příp. podle § 33 odst. 3)] 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 kopií zdravotnické dokumentace následující osoby:

Titul, jméno, příjmení:

Rodné číslo:

dále a výše jen „Pacient“

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

Kopie zdravotnické dokumentace Pacienta žádám za účelem*

.....

* nepovinný údaj

Povinné přílohy žádosti

Za účelem doložení toho, že jste osoba oprávněná vyžádat si kopie zdravotnické dokumentace Pacienta, přiložte, prosím, k této žádosti příslušnou přílohu:

Pokud o kopie zdravotnické dokumentace žádáte jako:	Přiložte:
Zákonný zástupce Pacienta →	Čestné prohlášení s Vaším podpisem (viz formulář Čestné prohlášení)
Pěstoun nebo jiná pečující osoba →	Originál nebo úředně ověřenou kopii pravomocného rozhodnutí o svěřeni dítěte do osobní péče pěstounovi nebo jiné pečující osobě
Opatrovník Pacienta →	Originál nebo úředně ověřenou kopii pravomocného rozhodnutí o opatrovnictví
Osoba zmocněná/určená Pacientem k vyžádání kopií jeho zdravotnické dokumentace →	Souhlas Pacienta s jeho úředně ověřeným podpisem* (viz formulář Souhlas pacienta)
Osoba blízká pacienta, který při přijetí do péče nemohl s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, kterým mohou být poskytovány informace o jeho zdravotním stavu a které mohou případně nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace a pořizovat si její výpisy a kopie →	Čestné prohlášení s Vaším podpisem (viz formulář Čestné prohlášení)
Osoba blízká zemřelému Pacientovi →	Čestné prohlášení s Vaším podpisem (viz formulář Čestné prohlášení)

*Pokud jste ve zdravotnické dokumentaci Pacienta, který byl v Nemocnici hospitalizován, uveden/a jako osoba určená k pořizování kopií jeho zdravotnické dokumentace, uveďte tuto skutečnost, prosím, níže, a pokud budete v této souvislosti oprávněn/a k vyžádání kopií zdravotnické dokumentace v rozsahu celé této Vaší žádosti, nebude nutné dokládat souhlas Pacienta.

Jsem osoba uvedená ve zdravotnické dokumentaci Pacienta jako osoba určená k pořizování kopií jeho zdravotnické dokumentace z následujících oddělení:

.....

Pokud po prověření této skutečnosti z naší strany nebudete ve zdravotnické dokumentaci Pacienta uveden/a jako osoba určená Pacientem k pořizování kopií jeho zdravotnické dokumentace v potřebném rozsahu, budete vyzván/a k doložení souhlasu Pacienta s jeho úředně ověřeným podpisem.

Za účelem usnadnění vyřizování Vaší žádosti, použijte, prosím, **vyzorové formuláře příloh** dostupné elektronicky na webových stránkách www.nemcb.cz [sekce „PRO PACIENTY“ – „ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE, ŽÁDOSTI, POCHVALY, STÍŽNOSTI“ – „B) Jak postupovat, pokud chcete, aby Vám kopie (či výpis) zdravotnické dokumentace pořídil poskytovatel zdravotních služeb?“] nebo v listinné podobě v přízemí budovy vedení Nemocnice.

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.

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 poštou se k nim připočítávají náklady na poštovné.

- 1) Fixní náklady 471 Kč + DPH
- 2) Za každou okopírovanou stránku včetně kontroly provedené 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 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 resp. 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 včetně všech jejích příloh. V případě, že bude nutné Vaši žádost doplnit (včetně doložení příslušné přílohy), počne tato lhůta běžet až od okamžiku, kdy takové doplnění žádosti obdržíme.

Pokud bude Vaše žádost neúplná a potřebné náležitosti či přílohy 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 a jejích příloh (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, k žádosti přiložit příslušnou **PŘÍLOHU**.