**Žiadosť o sprístupnenie údajov zo zdravotnej dokumentácie**

**(Doručiť osobne, poštou, na email:** [kontrola@fnspza.sk](mailto:kontrola@fnspza.sk))

**Dátum vyžiadania:**

(Poskytovateľ pripraví dokumentáciu bezodkladne v rámci svojich možností, aby neobmedzil riadny chod oddelenia a vykonal všetky nevyhnutné kroky)

1. **Identifikačné údaje fyzickej alebo právnickej osoby, ktorá údaje požaduje (žiadateľ):**

**u fyzickej osoby**: rodné číslo, dátum narodenia, bydlisko, číslo občianskeho preukazu a telefónny kontakt

**u právnickej osoby**: IČO a osoba, ktorá je oprávnená konať za právnickú osobu a telefónny kontakt

*Meno a priezvisko/Názov PO:*

*Dátum narodenia:*

*Číslo OP/IČO :*

*Bydlisko/Sídlo :*

*Tel. kontakt a email:*

1. **Identifikačné údaje osoby, o ktorej sa majú poskytnúť údaje (pacient):**

*Meno a priezvisko/Názov PO:*

*Dátum narodenia:*

*Číslo OP/IČO :*

*Bydlisko/Sídlo :*

*Tel. kontakt a email:*

**Rozsah/presné časové obdobie a dôvod/účel pre sprístupnenie údajov o pacientovi**

(napr. ambulantné vyšetrenia, hospitalizačné príjmové/prepúšťacie správy, krvné testy, rtg, dekurzy...):

***.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................***

* výpis zo zdravotnej dokumentácie
* nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie
* vyhotovenie výpiskov zo zdravotnej dokumentácie na mieste sprístupnenia
* vyhotovenie kópie údajov zo zdravotnej dokumentácie

**Vzťah k pacientovi a oprávnenosť sprístupnenia**(túto preverí poskytovateľ podľa platných právnych predpisov) **zdravotnej dokumentácie:................................................**

**Overenie OP:...................... Overenie RL:........................ Overenie splnomocnenia:.............** (**□**nahliadnutie **□**kópia v emaile)

Čestne prehlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že som si vedomý-(á) následkov a právnej zodpovednosti za nepresné a nepravdivé údaje, ktoré uvádzam vo vyžiadaní. Poskytnuté údaje ďalej neoznámim ani nezneužijem vo svoj prospech resp. neprospech alebo prospech resp. neprospech iného subjektu. Som právne spôsobilý-(á) k právnym úkonom a moja spôsobilosť nebola žiadnym rozhodnutím obmedzená a nemám žiadnym štátnym orgánom zakázané získavať údaje zo zdravotnej dokumentácie osoby, o ktoré žiadam.

**Podpis osoby, ktorá požaduje údaje, a ktorá čestne prehlasuje:**

***....................................................***

**\*vyplnenie pri osobnom odovzdaní dokumentov resp. osobnom nahliadnutí do ZD\***

**Oprávnená osoba potvrdzuje svojim podpisom, že jej bolo umožnené nahliadnutie/odovzdaný výpis zo zdravotnej dokumentácie v rozsahu, ktorý požaduje, v počte .............. listov, dňa ...................................**

**Overenie OP:................................ Overenie RL:....................................**

*....................................................... .......................................................*

*Podpis a meno poskytujúcej osoby: Podpis a meno oprávnenej osoby*