|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Žádost a záznam o pořízení kopie**  **obrazové zdravotnické dokumentace na CD/DVD**   |  | | --- | | Jméno a příjmení pacienta: ……………………………………………………………………………………………………………………  Rodné číslo/datum narození: …………………………………………………………………………………………………………………  Adresa: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Kontaktní e-mail, telefon: ………………………………………………………………………………………………………................. |   *Vyplňuje osoba odlišná od pacienta*   |  | | --- | | Jméno a příjmení žadatele: …………………………………………………………………………………………………………………….  Rodné číslo/datum narození: …………………………………………………………………………………………………................  Adresa: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Vztah k pacientovi: ………………………………………………………………………………………………………………………………...  *(nutné doložit doklad prokazující vztah k pacientovi, příp. plnou moc či prohlášení osoby blízké)*  Kontaktní e-mail, telefon: ………………………………………………………………………………………………..……………………. |  |  | | --- | | Specifikace požadovaného vyšetření (MR, CT, RTG, UZ, mamo) a datum provedeného vyšetření:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |   *Beru na vědomí, že vyhotovení kopie obrazové zdravotnické dokumentace je zpoplatněno, ceník je zveřejněný na* [*www.homolka.cz*](http://www.homolka.cz)*. Od poplatku je v souladu s čl. 15 ve spojení s čl. 12 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (obecné nařízení o ochraně osobních údajů, GDPR) oproštěn žadatel, jež požaduje první kopii své vlastní obrazové zdravotnické dokumentace.*  V …………………………… dne …………………………….  ……….……………………………………….  Podpis žadatele  **Záznam o pořízení kopie:**  Jméno a příjmení: ………………………………………………………………  Průkaz totožnosti: ………………………………………………………………  Datum: ………………………………………………………………………………  *Prohlašuji, že mi byla pořízena kopie obrazové zdravotnické dokumentace.*   |  |  | | --- | --- | | ……………………………………………………………………………. | …………………………………………………………………………….. | | Podpis žadatele | Podpis zaměstnance Nemocnice Na Homolce | |