

Titul, meno a priezvisko žiadateľa: .....

Adresa trvalého pobytu žiadateľa: .....

E-mail žiadateľa: ..... Telefonický kontakt: .....

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou  
Banská Bystrica  
Oddelenie verejnej správy  
Námestie L. Svobodu 4  
974 09 Banská Bystrica

V ..... dňa .....

Vec

**Žiadosť o sprístupnenie\* / poskytnutie\* zdravotnej dokumentácie**

Dovoľujem si Vás požiadať o poskytnutie zdravotnej dokumentácie pacienta za účelom<sup>1</sup> :

.....  
.....

Údaje o pacientovi:	
Meno a priezvisko:	
Dátum narodenia:	
Adresa pacienta:	

Požadujem nasledovnú zdravotnú dokumentáciu<sup>2</sup>:

.....

Zdravotnú dokumentáciu požadujem v listinnej\* / elektronickej\* podobe.

Beriem na vedomie, že zhotovenie kópií zdravotnej dokumentácie je spoplatnené v zmysle platného Cenníka iných služieb DFNSP BB.

Za kladné vybavenie ďakujem.

S úctou

.....  
podpis žiadateľa

\* nehodiace sa prečiarknite

<sup>1</sup> Uvedte dôvod - zmena poskytovateľa zdrav. starostlivosti, zmena zdravotnej poisťovne, riešenie poisťovej udalosti, strata, osobné dôvody, ....

<sup>2</sup> Zadajte konkrétnu požiadavku