

Titul, meno a priezvisko žiadateľa:

Adresa trvalého pobytu žiadateľa:

E-mail žiadateľa: Telefonický kontakt:

Číslo OP:

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 účelom¹ :

.....

Údaje o pacientovi:	
Meno a priezvisko:	
Vzťah k pacientovi (matka, otec, ...):	
Rodné číslo:	
Adresa pacienta:	
Miesto poskytnutia ZS (amb./ klinika):	
začiatok poskytovania ZS:	
ukončenie poskytovania ZS:	
iný doplňujúci údaj (dg, ...):	

Požadujem nasledovnú zdravotnú dokumentáciu²:

.....

Zdravotnú dokumentáciu požadujem v listinnej* / elektronickej* podobe.

Beriem na vedomie, že zhotovenie kópií zdravotnej dokumentácie je spolplatnené v zmysle platného Cenníka iných služieb DFNSP BB, ktorý je k dispozícii na webe nemocnice (<https://www.detskanemocnica.sk/cenniky-sluzieb-vykonov>).

Za kladné vybavenie ďakujem.

S úctou

.....
podpis žiadateľa

* nehodiace sa prečiarknite

¹ Uvedte dôvod - zmena poskytovateľa zdrav. starostlivosti, zmena zdravotnej poisťovne, riešenie poisťnej udalosti, strata, osobné dôvody,

² Zadajte konkrétnu požiadavku