

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 účelom<sup>1</sup> :

.....

| 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 dokumentáciu<sup>2</sup>:

.....

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

Beriem na vedomie, že zhotovenie kópií a sprístupnenie 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>).

Čestne vyhlasujem, že tu uvedené údaje sú pravdivé. Za kladné vybavenie ďakujem.

S úctou

.....  
podpis žiadateľa

\* nehodiace sa prečiarknite

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

<sup>2</sup> Zadajte konkrétnu požiadavku