

Žádost o vydání obrazové dokumentace

(vyplní žadatel)

Já, (jméno a příjmení) níže podepsaný:

- pacient
 zákonný zástupce pacienta
 opatrovník pacienta
 osoba určená pacientem na základě předložené plné moci ze dne

Kontaktní adresa:

Telefonický kontakt:

žádám o vydání obrazové dokumentace,

vedené Nemocnicí s poliklinikou Karviná-Ráj, příspěvkovou organizací, IČ 00844853, se sídlem Vydmučov 399/5, Ráj, 734 01 Karviná,:

- mně provedené** (zaškrtně pacient)

rodné číslo:

datum a specifikace vyšetření o jaké je žádáno:

- pacienta** (zaškrtnou ostatní žadatelé)

jméno a příjmení pacienta:

rodné číslo pacienta:

datum a specifikace vyšetření o jaké je žádáno:

Originály RTG snímků nejsou vydávány. Požadovaná obrazová dokumentace je předána na CD nosiči a její zhotovení je zpoplatněno dle platného ceníku nemocnice.

Podpis žadatele

V dne:

Záznam RTG pracoviště

Obrazová dokumentace byla předána na CD nosiči v počtuks

- pacientovi
 zákonnému zástupci pacienta
 opatrovníkovi pacienta
 osobě pověřené pacientem na základě předložené plné moci ze dne

Podpis přebírající osoby (žadatele)

Identifikace zaměstnance RTG, který ověřil identitu přebírající osoby a dokumentaci vydal

Podpis zaměstnance RTG, který ověřil identitu přebírající osoby a dokumentaci vydal

V Karviné*/Orlové* dne

*nehodící se škrtněte