

## **Žádost o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace**

*(dle zákona č. 372/2001 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování)*

### **Žadatel / oprávněná osoba:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Bydliště: .....

Číslo OP (popř. cest. pasu): .....

Na základě plné moci ze dne: .....  
*(číslo OP, popř. cest. pasu, a plná moc se vyplní, pouze v případě, kdy se nejedná o žádost samotného pacienta)*

žádá pobočku společnosti MOJE AMBULANCE a.s. ....  
o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pacienta

Jméno, příjmení: .....

Datum narození: .....

V ..... dne .....

.....  
podpis žadatele

.....  
Jméno a podpis pracovníka  
MOJE AMBULANCE a.s., který byl  
přítomen nahlížení

Žadatel/oprávněná osoba svými podpisem stvrzuje, že dne ..... mu bylo umožněno  
nahlédnutí do zdravotnické dokumentace.

.....

*Po podpisu obou osob se žádost o nahlížení do zdravotnické dokumentace stává součástí zdravotnické dokumentace pacienta.*