

## Žádost a záznam o pořízení výpisů, opisů nebo kopií ze zdravotnické dokumentace

Verze 1-3-2026

### A. Vyplní žadatel:

Já, níže podepsaný:

Jméno ..... Příjmení .....

Datum narození .....

Bydliště .....

Telefon, e-mail .....

Žádám tímto o (zaškrtněte):

- pořízení výpisu ze zdravotnické dokumentace
- opis zdravotnické dokumentace
- kopii ze zdravotnické dokumentace
- nahlédnutí do zdravotnické dokumentace
- žádám osobní vyzvednutí

v rozsahu:

- veškeré zdravotnické dokumentace
- těchto částí zdravotnické dokumentace: .....

za účelem: .....

### Není-li žadatelem pacient:

Jméno pacienta ..... Datum narození .....

Pacient byl léčen na oddělení:  
.....

V ..... Dne ..... Podpis .....

### B. Vyplní zdravotnický zaměstnanec MediCentrum Praha, a.s.:

#### 1) Ověření totožnosti žadatele a jeho práva na informace ze zdravotnické dokumentace:

Žadatel je oprávněn pořizovat výpisy, opisy a kopie ze zdravotnické dokumentace z důvodu:

- žadatelem je pacient, o jehož zdravotní stav se jedná,
- je uveden pacientem v Informovaném souhlasu s ambulantní/hospitalizační péčí,
- jde o osobu blízkou, pacient zemřel a nevyslovil zákaz nahlížet do zdravotnické dokumentace,
- jde o osobu stanovenou zákonem.

Žadatel není oprávněn požadovat výpisy, opisy a kopie ze zdravotnické dokumentace z důvodu:

- nepředloží-li průkaz totožnosti,
- není-li uveden v Informovaném souhlasu s ambulantní/hospitalizační péčí,
- jiný důvod:  
.....

**Žádost a záznam o pořízení výpisů, opisů nebo kopií ze zdravotnické dokumentace**

Verze 1-3-2026

Číslo dokladu totožnosti .....

 domluveno k osobnímu vyzvednutí dne .....**Totožnost ověřil:**

Jméno .....

Podpis .....

**Zdravotnickou dokumentaci zkontroloval:**

Jméno .....

Podpis .....

**2) Záznam o pořízení výpisů, opisů nebo kopií:**

počet listů: A4.....A3.....

Žadatel požadoval výpisy, opisy nebo kopie ze zdravotnické dokumentace **v rozsahu:**

- celá dokumentace  
 část dokumentace, a to: .....  
 osobní vyzvednutí dne: .....

Výpis, opis, kopie zdravotnické dokumentace byly pořízeny **dne** .....**Svým podpisem stvrzuji, že uvedené údaje odpovídají skutečnosti:**

Zdravotnický pracovník: .....

Žadatel: .....