



**NÁRODNÝ ÚSTAV DETSKÝCH CHORÔB**  
Limbová 1, 833 40 Bratislava, Slovenská republika

**Čestné prehlásenie oprávnenej osoby**

Identifikácia oprávnenej osoby:

Priezvisko: ..... Meno: ..... Titul: .....

Adresa trvalého  
bydliska: .....

Čestne prehlasujem, že som oprávnenou osobou na sprístupnenie údajov zo  
zdravotnej dokumentácie pacienta :

Priezvisko: ..... Meno: .....

Dátum narodenia: ..... Rodné  
číslo: .....

a že nemám zákonné prekážky na jej prevzatie.

Toto čestné prehlásenie je neoddeliteľnou súčasťou Žiadosti o poskytnutie údajov zo  
zdravotnej dokumentácie.

Miesto: ..... Dátum: .....

Podpis žiadateľa

|                  |  |              |           |
|------------------|--|--------------|-----------|
| Druh dokumentu   | Formulár   | Vydanie:     | 1         |
| Označenie:       | F3 ANÚDCH  | Platný od:   | 12.5.2023 |
| Názov dokumentu: | Čestné prehlásenie k Žiadosti o poskytnutie údajov zo zdrav. dokumentácie – pacient alebo zákonný zástupca | Počet strán: | 1/ 1      |