



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