



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

Žiadosť o poskytnutie údajov zo zdravotnej dokumentácie

Informácie o žiadateľovi (oprávnená osoba podľa § 24 alebo § 25 zákona č. 576/2004 Z. z.)

Priezvisko: Meno: Titul:

Adresa trvalého bydliska:

Dátum narodenia: Tel. kontakt (mobil):

Číslo OP: Vydané: Dňa:

Žiadam o poskytnutie/sprístupnenie údajov zo zdravotnej dokumentácie pacienta

Priezvisko: Meno:

Adresa trvalého bydliska:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Vzťah žiadateľa k pacientovi: (označiť X)

zákonný zástupca splnomocnená osoba/pacient

Doklad preukazujúci príbuzenský alebo iný vzťah k pacientovi:

(rodný list, sobášny list, rozhodnutie súdu o rozvode (zmena priezviska), písomné plnomocenstvo s osvedčeným podpisom

Požadované údaje zo zdravotnej dokumentácie sa týkajú:

- a) ústavnej zdravotnej starostlivosti / hospitalizácie pacienta
dátum zdravotnej starostlivosti / hospitalizácie (ak je známy):
klinika/oddelenie:
- b) ambulancnej zdravotnej starostlivosti pacienta
dátum zdravotnej starostlivosti (ak je známy):
ambulancia - názov:

Požadovaná forma poskytnutia/sprístupnenia údajov zo zdravotnej dokumentácie: (označiť X)

- výpis zo zdravotnej dokumentácie
 nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie
 vyhotovenie výpiskov zo zdravotnej dokumentácie na mieste sprístupnenia
 vyhotovenie kópie údajov zo zdravotnej dokumentácie
 napálenie RDG snímok na médium

Beriem na vedomie, že poskytnutie údajov zo zdravotnej dokumentácie je spoplatnené podľa Cenníka Národného ústavu detských chorôb (k nahliadnutiu na www.nudch.eu).

Beriem na vedomie, že údaje zo zdravotnej dokumentácie sa poskytujú oprávnenej osobe osobne, a to v sídle NÚDCH.

Týmto zároveň udeľujem Národnému ústavu detských chorôb ako prevádzkovateľovi súhlas na spracovanie mojich osobných údajov v rozsahu nevyhnutnom pre vedenie zdravotnej dokumentácie a fakturáciu nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov.

Druh dokumentu	Formulár	Vydanie:	5
Označenie	F3/NÚDCH	Platný od:	11.12.2023
Názov dokumentu	Žiadosť o poskytnutie údajov zo zdrav. dokumentácie – pacient alebo zákonný zástupca	Počet strán:	1/2



NÁRODNÝ ÚSTAV DETSKÝCH CHORÔB

Limbová 1, 833 40 Bratislava, Slovenská republika

Čestne prehlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že som si vedomý/-á následkov a právnej zodpovednosti za nepravdivé a nepresné údaje, ktoré uvádzam v žiadosti. Poskytnuté/sprístupnené údaje zo zdravotnej dokumentácie neoznámim, resp. neposkytnem tretím osobám ani nezneužijem v prospech resp. neprospech svoj resp. tretej osoby. Som právne spôsobilý/-á na právne úkony a moja spôsobilosť nebola obmedzená žiadnym rozhodnutím a nemám žiadnym štátnym orgánom zakázané získavať údaje zo zdravotnej dokumentácie osoby, o ktoré žiadam.

V Bratislave, dňa

Podpis žiadateľa

Žiadosť prevzal:

Dňa: Meno a priezvisko:

Podpis

Druh dokumentu	Formulár	Vydanie:	5
Označenie:	F3/NUDCH	Platný od:	11.12.2023
Názov dokumentu:	Žiadosť o poskytnutie údajov zo zdrav. dokumentácie – pacient alebo zákonný zástupca	Počet strán:	2/2