



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

Žiadosť o poskytnutie údajov zo zdravotnej dokumentácie

Informácie o žiadateľovi

Priezvisko: Meno: Titul:

Adresa trvalého bydliska:

Dátum narodenia: Tel. kontakt (mobil):

Číslo OP: Vydané: Dňa:

Žiadam o poskytnutie údajov zo zdravotnej dokumentácie pacienta

Priezvisko: Meno:

Adresa trvalého bydliska:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Za obdobie (od – do):

Z oddelenia/kliniky/ambulancie:

Formou¹: Výpis zo zdravotnej dokumentácie / nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie /fotokópie zdravotnej dokumentácie podľa cenníka NÚDCH/napálenie RDG snímkov na médium

K žiadosti prikladám:

- Fotokópiu rodného listu dieťaťa
- Čestné prehlásenie ²
- Splnomocnenie (ak žiadosť predkladá osoba na základne splnomocnenia zákonného zástupcu)

Beriem na vedomie, že poskytnutie údajov zo zdravotnej dokumentácie je spoplatnené podľa Cenníka platených zdravotných výkonov Národného ústavu detských chorôb.

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.

Potvrdzujem, že som sa oboznámil s informáciou o spracúvaní osobných údajov v súvislosti s touto žiadosťou.

V Bratislave dňa

Podpis žiadateľa

Žiadosť prevzal:

Dňa: Meno a priezvisko:

Podpis

¹ Nehodiace sa prečiarknite

² Notársky overené alebo po predložení preukazu totožnosti podpísané pred zamestnancom NÚDCH.

Druh dokumentu	Formulár	Vydanie:	2
Označenie:	F3/NÚDCH	Platný od:	16.12.2019
Názov dokumentu:	Žiadosť o poskytnutie údajov zo zdrav. dokumentácie – pacient alebo zákonný zástupca	Počet strán:	1/ 1