

## Žiadosť o poskytnutie/sprístupnenie údajov zo zdravotnej dokumentácie

Údaje o pacientovi (dotknutej osobe):

Meno a priezvisko: .....

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

Adresa trvalého/prechodného pobytu: .....

Dátum hospitalizácie (ak je známy): ..... Lôžkové oddelenie: .....

Dátum poskytnutia ambulantnej ZS (ak je známy): .....

Odborná ambulancia, kde bola poskytnutá zdravotná starostlivosť: .....

**Žiadateľ:** Oprávnená osoba v zmysle § 24 a § 25 zákona č. 576/2004 Z. z.

Meno a priezvisko: .....

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

Adresa trvalého bydliska: .....

Číslo občianskeho preukazu: ..... Telefonický kontakt: .....

Vzťah k pacientovi:

- ☐ pacient / zákonný zástupca
- ☐ blízka osoba po smrti pacienta (manžel/ka, dieťa, rodič, osoba žijúca v spoločnej domácnosti)
- ☐ splnomocnená osoba (na základe priloženého plnomocenstva)
- ☐ iná oprávnená osoba (uveďte): .....

Doklad preukazujúci oprávnenie:

- ☐ rodný list, sobášny list, úmrtný list,
- ☐ písomné plnomocenstvo s osvedčením pravosti podpisu
- ☐ iný doklad

Forma sprístupnenia (vyznačte x):

- ☐ výpis zo zdravotnej dokumentácie
- ☐ nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie
- ☐ vyhotovenie výpiskov na mieste sprístupnenia
- ☐ vyhotovenia kópie nemocnicou
- ☐ vyhotovenie fotokópií vlastným technickým zariadením pri nahliadnutí

Rozsah a účel\* požadovaných údajov zo zdravotnej dokumentácie: .....

Účel vyplní len znalec alebo oprávnený orgán, ak to vyžaduje osobitný predpis.

Čestne vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a presné. Som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov. Vyhlasujem, že mám plnú spôsobilosť na právne úkony a nemám súdnym ani iným rozhodnutím zakázané získavať údaje zo zdravotnej dokumentácie uvedenej osoby.

Som si vedomý/á, že v zmysle platného Cenníka Fakultnej nemocnice AGEL Skalica a.s. uhrádzam za vyhotovenie výpisu a kópií zo ZD stanovený poplatok v platobnom kiosku alebo na bankový účet nemocnice.

V Skalici, dňa: .....

podpis žiadateľa

(Úradné osvedčenie podpisu sa vyžaduje, ak žiadosť podáva zastupujúca osoba poštou)

Vyplnenú a podpísanú žiadosť s príslušnými dokladmi osobne doručte alebo zašlite na sekretariát Fakultnej nemocnice AGEL Skalica a.s.

**Informácia o spracúvaní osobných údajov:**

Osobné údaje žiadateľa sú spracúvané na účel vybavovania žiadostí o sprístupnenie zdravotnej dokumentácie a vedenia evidencie v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. v súlade s GDPR. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov a Vašich právach ako dotknutej osoby (právo na prístup, opravu, výmaz, obmedzenie spracúvania) sú dostupné na webovom sídle nemocnice alebo u zodpovednej osoby (DPO) na e-maile: [dpo@agel.sk](mailto:dpo@agel.sk).