[***Meno a priezvisko žiadateľa, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu,*** ***e-mail, príp. tel. číslo***]

[***Meno / Názov poskytovateľa***]

[*Ulica a súpisné/orientačné číslo*]

[*PSČ a mesto*]

V [*miesto*], dňa [*DD*.*MM*.20*YY*]

|  |  |
| --- | --- |
| **VEC:** | **Žiadosť o nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie formou vyhotovenia výpisu zo zdravotnej dokumentácie** |

[*Vážená pani doktorka/Vážený pán doktor/Vážený poskytovateľ zdravotnej starostlivosti*],

dovoľujem si obrátiť sa na Vás so žiadosťou o nahliadnutie do mojej zdravotnej dokumentácie formou vyhotovenia výpisu zo zdravotnej dokumentácie. V prílohe posielam formulár, ktorý môžete pri vyhotovení výpisu použiť (nie je to podmienka, výpis môžete samozrejme vyhotoviť aj podľa vlastného vzoru).

Právo nahliadať do zdravotnej dokumentácie a obdržať výpis z nej mi prináleží podľa ust. § 24 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Výpis, prosím, zašlite elektronicky e-mailom, prípadne poštou na moju vyššie uvedenú e-mailovú adresu / poštovú adresu. V prípade, že je potrebné výpis vyzdvihnúť osobne, prosím, informujte ma
e-mailom prípadne telefonicky, keď bude pripravený na vyzdvihnutie.

Vopred ďakujem za vybavenie mojej žiadosti.

S pozdravom,

|  |
| --- |
| [*meno a priezvisko žiadateľa*] |

Príloha: Formulár – Výpis zo zdravotnej dokumentácie