



ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Žadatel / Lékař:

Jméno:

Příjmení:

Telefon:

Rodné číslo:

Záznam o poskytnutí:

Pacient

Jméno:

Příjmení:

Rodné číslo*:

Žadající lékař:

Vyplní s Vámi pracovník Radiologické kliniky

A Obrazová dokumentace na CD/DVD

Obrazová dokumentace přes ePACS do cílové destinace:

B

Kopie popisu vyšetření

C

Dne

v

hod.

Podpis pacienta

Podpis zákonného zástupce

Podpis zmocněné osoby

*vyplňuje žadatel, který není žadajícím lékařem