

Informovaný souhlas s poskytováním informací

Dle právních předpisů máte právo určit osoby, které mohou být informovány o Vašem zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě.

*Zakroužkujte platnou odpověď:

1. Prohlašuji, že zakazuji poskytovat informace o mém zdravotním stavu jakékoliv osobě*
2. Prohlašuji, že souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu v plném rozsahu níže uvedeným osobám*:

Jméno a příjmení:.....tel:.....
Kontaktní adresa:
Email:.....

Jméno a příjmení:.....tel:.....
Kontaktní adresa:.....
Email:.....

Výše uvedené osoby jsou oprávněny v plném rozsahu k přijetí informací o mém zdravotním stavu, včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace o mně vedené, nebo do jiných zápisů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu, k pořizování výpisů nebo kopií těchto dokumentů.

Informace o mém zdravotním stavu mohou být určeným osobám poskytovány následujícím způsobem:

- | | |
|--|--------------------|
| a) osobně | ANO [...] NE [...] |
| b) telefonicky (po sdělení osobních údajů) | ANO [...] NE [...] |
| c) e-mailem | ANO [...] NE [...] |
| d) písemně | ANO [...] NE [...] |

Jméno a příjmení pacientky:

Datum narození pacientky:

Datum:

Podpis pacientky:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Datum narození zákonného zástupce:

Datum:

Podpis zákonného zástupce:

Podpis zdravotnického pracovníka:

Prohlašuji, že pacientka tento záznam přede mnou vyplnila a osobně přede mnou podepsala, případně přede mnou výslovně prohlásila, že jej sama vyplnila a podepsala.

V Praze dne

Jméno a, podpis zdravotnického pracovníka