

Souhlas s poskytováním údajů o zdravotním stavu

Jméno a příjmení pacienta: _____ Datum narození: _____

Prohlašuji, že si přeji, aby níže uvedené osoby byly oprávněny:

1. Získat informace o mém zdravotním stavu.
2. Nahlížet do mé zdravotnické dokumentace (ZD) a pořizovat si z ní kopie nebo výpisy.
3. Vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, nebudu-li toho s ohledem na svůj zdravotní stav schopen/a (zástupný souhlas)

Jméno a příjmení, vztah k pacientovi, kontakt Rozsah informace (vše / specifikace rozsahu)	Získání informace o zdravotním stavu (ad 1)	Nahlížení do ZD (ad 2)	Kopie, výpisy (ad 2)	Zástupný souhlas (ad 3)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prosíme Vás o určení způsobu informování Vás / Vámi určené osoby:

 osobně telefonicky, e-mailem, SMS, faxem

Heslo pro komunikaci (které sdělíte určené osobně sám/sama):

Zakazuji poskytovat informace o mém zdravotním stavu těmto osobám:

Jména a příjmení	Vztah k pacientovi

V Praze dne:

 Podpis pacienta / jméno a podpis
 zákonného zástupce a jeho vztah
 k pacientovi/jméno a podpis opatrovníka

 Jméno a podpis
 zdravotnického pracovníka