

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU**

Jméno, příjmení a titul pacienta:		Rodné číslo:  (a evidenční číslo pojištěnce-jen cizinci:)
Bydliště, PSČ:		Zdravotní pojišťovna:
Telefon:	E-mail:	
Jméno a příjmení zákonného zástupce (děti, nesvéprávné osoby):		

Vyberte jednu z možností:

1.

**Prohlašuji, že souhlasím** s poskytováním informací o mém zdravotním stavu **v plném rozsahu** (včetně práva nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě a práva na pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů shromážděných v mé zdravotnické dokumentaci) a s využitím mého rodného čísla v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů, těmto osobám:

_____	_____
jmeno a prijmeni	bydliste + telefon
_____	_____
jmeno a prijmeni	bydliste + telefon

2.

**Zakazuji** podávat informace o mém zdravotním stavu jakékoliv osobě.

Odkud jste se o nás dozvěděl/-a? (prosím, označte křížkem):

- doporučení od svého praktického či jiného lékaře
- doporučení od známého
- internet
- jinak: .....

.....  
datum

.....  
podpis pacienta ( zák. zástupce)

.....  
podpis zdravot. pracovníka

V případě, že se pacient nemůže podepsat:

Důvod: .....  
Způsob projevu souhlasu: .....  
Svědék – jméno, příjmení a RČ: .....  
Podpis svědka: .....