

**SOUHLAS S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU  
V AMBULANTNÍ PÉČI**

Pacient(ka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

pozn. Vaši odpověď zakřížkujte

**Máte právo být informován/a o svém zdravotním stavu a také právo se těchto informací vzdát.**Chci být informován/a o svém zdravotním stavu  ANO  NE**Dále můžete jako pacient uplatnit tato svá práva:**

- 1. Máte právo určit osobu, která může být informována o Vašem zdravotním stavu, a to osobně nebo telefonicky:**

 URČUJI NEURČUJI**Určená osoba 1**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vztah k pacientovi:

Kontaktní telefon:

Bydliště:

**Určená osoba 2**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vztah k pacientovi:

Kontaktní telefon:

Bydliště:

**HESLO sjednané pro poskytnutí telefonické informace**.....  
(Toto heslo lze využít i pro situace, kdy budete informace telefonicky požadovat Vy osobně)

- 2. Máte právo stanovit, aby Vámi výše určená osoba mohla nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace a pořizovat si z ní kopie nebo výpisy.**

 SOUHLASÍM NESOUHLASÍM

- 3. Máte právo stanovit, aby Vámi výše určená osoba mohla za Vás vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotní péče, pokud nebudete v budoucnu schopeni kvůli svému zdravotnímu stavu vyslovit souhlas sám (a nejde-li o zdravotní péči, která se poskytuje bez souhlasu). Pokud jste žádnou**

osobu neurčil/a nebo Vámi určenou osobu nebudeme moci zastihnout (osobu 1, pak osobu 2), budeme vyžadovat zástupný souhlas od osob blízkých v tomto pořadí: manžel/registrovaný partner, rodič, jiná osoba blízká.

4. Souhlasím s uchováváním a použitím biologického materiálu v rámci běžných diagnostických a léčebných postupů pro potřeby lékařské vědy a výzkumu a s event. zveřejněním získaných výsledků, případně dalších údajů o mém zdravotním stavu v odborných publikacích, a to za podmínky zachování anonymity, tedy tak, že prostřednictvím zveřejněných údajů nebudu jako fyzická osoba identifikovatelný/á.

SOUHLASÍM                       NESOUHLASÍM

5. Můžete zakázat podávání informací o svém zdravotním stavu kterékoli osobě vyjma případů, kdy jsou tyto informace poskytovatelem zdravotních služeb podávány na základě povinnosti uložené právním předpisem.

6. Souhlasím se zasíláním SMS zpráv na můj mobilní telefon: .....

SOUHLASÍM                       NESOUHLASÍM

Máte možnost požádat o zaslání vyžádaných informací o svém zdravotním stavu elektronickou poštou.

Vaše e-mailová adresa: .....

Autorizační HESLO sjednané pro e-mail:

.....

Datum	Hodina	Podpis pacienta(ky) / nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno, příjmení lékaře(řky),	Podpis lékaře(řky)

**Pokud se pacient(ka) nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient(ka) nemohl(a) podepsat:**

.....

**Jak pacient(ka) projev(a)l svou vůli:**

.....

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina

Prohlašuji, že jsem tento záznam vyplnil/a na základě svého svobodného rozhodnutí a beru na vědomí, že vyplněné údaje mohu kdykoliv písemně odvolat nebo změnit.



34384