# 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**

   **<u>Určená osoba 1</u>**

   Jméno a příjmení: Datum narození:

   Vztah k pacientovi: Kontaktní telefon:

   Bydliště:

   **<u>Určená osoba 2</u>**

   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 schopen 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 zasílání 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) projevil(a) 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