

## Záznam o souhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu a dalších služeb

podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, vyhlášky č. 98/2012, o zdravotnické dokumentaci a nařízení (EU) 2016/679 (GDPR)

Jméno a příjmení pacienta: ..... RČ.: .....

Bydliště: ..... kód ZP: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce<sup>1</sup>.....

**Pro ověření oprávnění ke sdělení citlivých osobní a zdravotní údajů při zprostředkované (přes jinou osobu), telefonické či elektronické komunikaci bude vyžadováno uvedení níže uvedeného hesla:**

.....

**Ověřený email:**

**Ověřené mobilní telefonní číslo:**

.....

.....

Dále **uděluji svůj souhlas** k níže uvedeným úkonům a službám:

- na vyžádání po dohodě odeslat heslo pro komunikaci na uvedený ověřený email či telefon  
 ano  ne
- telefonicky sdělovat informace o mém zdravotním stavu osobám, které volají z uvedeného ověřeného telefonního čísla i bez použití hesla pro komunikaci  
 ano  ne
- osobní vyzvednutí předpisů či jiných dokumentů pro moji osobu (*předpisy na léky, zdrav. pomůcky, lékařské zprávy atp...*) osobou, která uvede, že jsou osobou blízkou (*ve smyslu §22 Občanského zákoníku - je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner, atp...*) i bez použití hesla pro komunikaci  
 ano  ne

**Beru na vědomí**, že pracoviště společnosti J a B Ko Praktik Bernartice s.r.o. je výukovým zdravotnickým zařízením a svým podpisem níže dávám souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace osobám získávajícím způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a prohlubujícím si kvalifikaci (např. studenti zdravotnických škol, lékařských fakult, stážující zdravotničtí pracovníci apod.), které jsou ze zákona vázány povinností mlčenlivosti ohledně všech skutečností, které se dozvěděly ze zdravotnické dokumentace.

Byl(a) jsem informován(a) i o vědecko-výzkumné povaze zdravotnického zařízení a beru na vědomí, že údaje z mé zdravotnické dokumentace mohou být statisticky (tj. bez jakýchkoli identifikačních údajů o mé osobě) zpracovávány k vědeckým účelům.

V ..... dne: .....

podpis: .....  
pacient (zákonný zástupce)

\_\_\_\_\_