

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 zástupce¹.....

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:

.....

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

- na vyžádání po dohodě odeslat heslo pro komunikaci na níže uvedený ověřený email či telefon ano ne
- telefonicky sdělovat informace o mém zdravotním stavu osobám, které volají z níže uvedeného ověřeného telefonního čísla i bez použití hesla pro komunikaci ano ne

Ověřený email:

Ověřené mobilní telefonní číslo:

.....

.....

- osobní vyzvednutí předpisů či jiných dokumentů pro moji osobu (*předpisy na léky, zdravotnické pomůcky, lékařské zprávy, atp...*) osobami uvedenými níže bez použití hesla pro komunikaci ano ne

u osob prosím uveďte jméno, příjmení, datum narození, bydliště.

.....

.....

.....

- **odepření sdělení informací** či předání dokumentů pro moji osobu (*předpisy na léky, zdravot. pomůcky, lékařské zprávy, atp...*) osobám uvedenými níže i pokud uvedou heslo pro komunikaci

ano ne

u osob prosím uveďte jméno, příjmení, datum narození, bydliště.

.....
.....
.....

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 povinnostmi 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)