

Identifikační údaje pacienta/ky

Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Zdravotní pojišťovna	
Ambulance	

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka

Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Vztah k pacientovi	

A. Vzdání se podání informací o mém zdravotním stavu

- Byl/a jsem poučen/a o této možnosti a výslovně se vzdávám podání informace o mém zdravotním stavu.

B. Podávání informací o zdravotním stavu

- Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu jakékoli osobě.
- Dávám tímto souhlas, aby o mém zdravotním stavu byli informováni:

Jméno a příjmení	
Vztah	
Jméno a příjmení	
Vztah	
Jméno a příjmení	
Vztah	

Tyto osoby mají právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat výpisy a kopie

- ANO
- NE

(NH může za porízení výpisů, opisů, nebo kopií zdravotnické dokumentace, nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich porízením.)

C. Souhlasím s informováním mnou určených osob o mém zdravotním stavu

- v plném rozsahu
- pouze v následujícím rozsahu (prosím uveďte)

.....

.....

.....

.....

.....

D. Informace o mém zdravotním stavu mohou být určeným osobám poskytovány následujícím způsobem

- ústně
- písemně
- telefonicky

PIN/heslo:

Pokud neurčím jinak, heslo tvoří první čtyři číslice rodného čísla.

Informace o mém zdravotním stavu lze po telefonu poskytovat pouze osobám výše uvedeným a jen v případě uvedení komunikačního hesla/PIN.

Místo	<input type="checkbox"/> v Hořovicích	<input type="checkbox"/> v Praze
Datum		
Čas		
Podpis pacienta Podpis zákonného zástupce/opatrovníka		
Podpis zdravotnického pracovníka		