

SOUHLAS PACIENTA S PŘEDÁVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Pacient:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Telefon:

- A) Pacient výslovně žádá, aby mu veškeré informace o zdravotním stavu byly podle potřeby sděleny telefonicky na základě uvedeného hesla.

Heslo:

- B) Výše jmenovaný pacient může určit v souladu se zákonem o zdravotních službách oprávněnou osobu, která má právo na informace o jeho zdravotním stavu u výše uvedeného poskytovatele zdravotních služeb. Informace budou sdělovány osobně.

Oprávněná osoba:

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

Datum narození:

- C) Pacient souhlasí, že informace o jeho zdravotním stavu mohou být předány ošetřujícím lékařům - odesílající lékař, praktický lékař, lékař nemocnice při hospitalizaci

Poskytovatel pacienta poučil, že lékařské zprávy, výsledky laboratoře a další výstupy a dokumenty obsahují osobní údaje, které budou sděleny na uvedené telefonní číslo pacienta telefonem pracoviště poskytovatele zdravotních služeb na základě sdělení výše uvedeného hesla.

Poskytovatel výslovně upozorňuje, že takto postupuje na žádost pacienta a nenese žádnou odpovědnost za případné chybné, neúplné či jinak nežádoucí doručení a nakládání s těmito informacemi.

Pacient sděleným informacím rozumí, bere je na vědomí, což potvrzuje svým podpisem.

Dne:

Podpis pacienta:

Poskytovatel zdravotních služeb: MUDr. Radka Kobzová s.r.o

Senovážné náměstí 248/2, České Budějovice, 370 01. Telefon na pracoviště: 386 355 102