

## Souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu

dle zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

Já, (jméno pac.)

, r. č.,

beru na vědomí, že mám právo určit osoby, kterým mohou být poskytnuty informace o mém zdravotním stavu, mám právo určit rozsah podání těchto informací a mohu určit, zda mají tyto osoby právo na nahlížení do mé zdravotnické dokumentace a pořízení jejích výpisů nebo kopií. Mám též právo určit osoby, kterým informace být poskytnuty nesmí. Rozumím tomu, že mám právo uvést, zda mnou níže určené osoby mohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebudu moci učinit<sup>1</sup> a:

**A) SOUHLASÍM s poskytováním informací o svém zdravotním stavu POUZE níže uvedeným osobám při osobním kontaktu nebo telefonicky při uvedení ID kódu:**

Jméno a příjmení	Adresa/Telefon	Právo nahlížet do zdravotnické dokumentace	právo pořizovat výpisy/kopie	Právo vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb
		ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*
		ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*

**B) vyslovuji ZÁKAZ podávání informací o svém zdravotním stavu jakýmkoliv/níže\* uvedeným osobám.**

Jméno a příjmení

Souhlasím s informováním určených osob o mém zdravotním stavu v úplném rozsahu/žádám o informování určených osob o mém zdravotním stavu v následujícím rozsahu\*:

.....

**Rozumím tomu, že určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu mohu kdykoliv odvolat.**

Pokud pacient nemá možnost dostavit se do zdravotnického zařízení osobně, může požádat o zaslání výsledků vyšetření doporučeně poštou, emailem nebo o poskytnutí informací telefonicky (ty budou sděleny výlučně po sdělení přiděleného identifikačního kódu). Pacient odpovídá za to, že přidělený identifikační kód nesdělí třetí osobě. **Pokud jej třetí osobě sdělí, jedná se o výlučnou odpovědnost pacienta za to, že údaje o jeho zdravotním stavu mohou být zpřístupněny třetí osobě.**

**Žádám o podání informací na email/telefon:** ..... a beru na vědomí, že ze strany poskytovatele zdravotnických služeb jsou emailem zasílány výlučně výsledky vyšetření, a nikoliv jiné typy informací.

V ..... dne .....

.....

podpis pacienta

.....

za PPCHC a podpis zaměstnance

<sup>1</sup> Pokud neurčíte žádnou osobu, bude v daném případě postupováno v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Poskytnutí souhlasu se též netýká zdravotních služeb, které lze poskytnout na základě zákona bez souhlasu pacienta.

\* **nehodící se škrtněte.**