

Jméno a příjmení pacienta:
Datum narození:
Adresa bydliště:
Ošetřující lékař:
<b>Heslo pacienta pro komunikaci:</b>

**Pacient prohlašuje, že byl poučen:**

- že bez určení hesla nebudou pacientovi ani jím určeným osobám sdělovány žádné informace o zdravotním stavu, a to z důvodu zavedených procesů ochrany osobních údajů pacienta
- o možnosti vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu,
- o možnosti určit osoby podle § 32 a 33 zákona č. 372/2011 Sb., kterým mohou být podány informace o jeho zdravotním stavu a případně mohou nahlížet také do zdravotnické dokumentace, pořizovat i její výpisy nebo kopie
- dále o možnosti vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě,
- zároveň byl poučen o právu toto určení osoby nebo vyslovení zákazu kdykoliv odvolat.

**A.  pacient výslovně žádá, aby veškeré jeho informace o zdravotním stavu byly sdělovány vzdáleně prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu na e-mailovou adresu / telefonicky na základě výše uvedeného hesla, které pacient za tímto účelem určil.**

1. Poskytovatel pacienta poučil, že v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb obsahují lékařské zprávy, výsledky z laboratoře a další výstupy a dokumenty osobní údaje a citlivé osobní údaje pacienta, které budou na žádost pacienta zaslány na výše uvedený e-mail pacienta, a to prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu, příp. sděleny telefonicky na základě uvedení výše uvedeného hesla.

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

3. Pacient stvrzuje, že pouze jemu a jím určené osobě mohou být poskytovány informace o jeho zdravotním stavu elektronicky (telefonicky či e-mailem), a to po ověření hesla, které určil.

4. Dále pacient souhlasí či nesouhlasí s právem nahlížení určené osoby/určených osob do zdravotnické dokumentace, s pořizováním výpisů a kopií z jeho zdravotnické dokumentace.

5. Pacient sděleným informacím rozumí, bere je na vědomí a nadále žádá o zaslání informací na uvedenou e-mailovou adresu, což potvrzuje níže svým podpisem.

**Zdravotnický pracovník popř. jiný svědek prohlašuje, že pacient nebyl schopen s ohledem na svůj zdravotní stav tento záznam souhlasu podepsat**

Důvody, pro něž se pacient nepodepsal: \_\_\_\_\_

Jakým způsobem pacient projevil svou vůli: \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*podpis zdravotnického pracovníka/svědka*

**B.  vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu jakékoliv osobě**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ v \_\_\_\_\_ hodin

\_\_\_\_\_  
*podpis pacienta*

\_\_\_\_\_  
*ošetřující lékař*

<sup>1</sup> Zdravotní služby ve zdravotnických zařízeních MEDICON jsou poskytovány společnostmi skupiny MEDICON. Naše společnosti navenek fungují jako jeden celek. Pacient za účelem usnadnění komunikace uděluje tento souhlas všem společnostem skupiny MEDICON. Při udělení souhlasu skupině MEDICON odpadá nutnost sepisovat záznam v každé ambulanci zvlášť. Neudělení souhlasu nebude mít vliv na kvalitu poskytování zdravotní péče či jiných služeb ze strany subjektů skupiny MEDICON. Skupinu MEDICON ke dni podpisu tvoří zejména tyto společnosti (poskytovatelé zdravotních služeb): MEDICON a.s., IČ: 28463293, CLINICUM a.s., IČ: 25093126, MEDICON Hospitals s.r.o., IČ: 25634691, MEDICON Pharm s.r.o., IČ: 036 61 989, MEDICON Services s.r.o., IČ: 48028479, První česká lékařská společnost, s.r.o., IČ: 60203382, MEDICON InCare s.r.o., IČ: 24199605. Pacient bere na vědomí, že složení skupiny se v čase může měnit. Pacient může kdykoliv souhlas odvolat. Aktuální úplný seznam společností tvořících skupinu MEDICON je dostupný na internetových stránkách [www.mediconas.cz](http://www.mediconas.cz).