

## ZÁZNAM O PODÁNÍ INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

**Pokud pacient vyslovil žádost o sdělování informací o svém zdravotním stavu určeným osobám, vyplňte prosím níže uvedené údaje:**

Určením hesla pro komunikaci níže pacient souhlasí s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu níže uvedené osobě.

A. Jméno a příjmení:	Datum narození:
Kontaktní adresa:	
E-mailová adresa:	Tel. číslo:
Právo obdržet informace o zdravotním stavu pacienta: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
a to: <input type="checkbox"/> osobně <input type="checkbox"/> telefonicky <input type="checkbox"/> e-mailem	
<b>Heslo pro elektronickou komunikaci (e-mail, telefon):</b>	
Právo nahlížet do zdravotnické dokumentace: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Pořízení výpisu nebo kopie ze zdravotnické dokumentace: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, jestliže toho nebude pacient schopen s ohledem na jeho zdravotní stav (netýká se nezletilého pacienta či pacienta omezeného ve svéprávnosti): <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	

B. Jméno a příjmení:	Datum narození:
Kontaktní adresa:	
E-mailová adresa:	Tel. číslo:
Právo obdržet informace o zdravotním stavu pacienta: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
a to: <input type="checkbox"/> osobně <input type="checkbox"/> telefonicky <input type="checkbox"/> e-mailem	
<b>Heslo pro elektronickou komunikaci (e-mail, telefon):</b>	
Právo nahlížet do zdravotnické dokumentace: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Pořízení výpisu nebo kopie ze zdravotnické dokumentace: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, jestliže toho nebude pacient schopen s ohledem na jeho zdravotní stav (netýká se nezletilého pacienta či pacienta omezeného ve svéprávnosti): <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	

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

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

\_\_\_\_\_  
*ošetřující lékař*