Souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu

Já, (jméno pacienta) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, r. č. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *beru na vědomí, že mám na základě ustanovení § 33 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZZS“), právo stanovit osoby, kterým mohou být poskytnuty informace o mém zdravotním stavu, mám právo stanovit rozsah poskytnutí těchto informací a mohu určit, zda mají tyto osoby právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a pořizovat z ní výpisy nebo kopie. Rovněž beru na vědomí to, že mám dle § 33 ve spojení s § 34 odst. 7 ZZS právo uvést, zda mohou níže uvedené osoby vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak nebudu moci učinit vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. V neposlední řadě beru na vědomí, že mohu kdykoliv odvolat souhlas nebo zákaz poskytování informací o mém zdravotním stavu níže uvedeným osobám.*

**1)** Souhlasím s poskytováním informací o svém zdravotním stavu níže uvedeným osobám, a to při osobním kontaktu / telefonicky / e-mailem\* po uvedení **Bezpečnostního kódu:** \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení** |  | |
| **Vztah k pacientovi** |  | |
| **Telefon / e-mail** |  | |
| **Právo nahlížet do zdravotnické dokumentace** | **Právo pořizovat výpisy / kopie ze zdravotnické dokumentace** | **Právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb** |
| ANO / NE\* | ANO / NE\* | ANO / NE\* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení** |  | |
| **Vztah k pacientovi** |  | |
| **Telefon / e-mail** |  | |
| **Právo nahlížet do zdravotnické dokumentace** | **Právo pořizovat výpisy / kopie ze zdravotnické dokumentace** | **Právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb** |
| ANO / NE\* | ANO / NE\* | ANO / NE\* |

Souhlasím s informováním výše uvedených osob o mém zdravotním stavu v úplném rozsahu / souhlasím s informováním výše uvedených osob o mém zdravotním stavu v následujícím rozsahu\*:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

***Pacient odpovídá za to, že nesdělí Bezpečnostní kód jiným osobám než výše uvedeným. V opačném případě přebírá plnou odpovědnost za to, že informace o jeho zdravotním stavu mohou být zpřístupněny jiným třetím osobám, než výše uvedeným.***

**2)** vyslovuji zákaz poskytování informací o svém zdravotním stavu níže uvedeným osobám:

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení** |  |
| **Vztah k pacientovi** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení** |  |
| **Vztah k pacientovi** |  |

Souhlasím s informováním výše uvedených osob o mém zdravotním stavu v úplném rozsahu / souhlasím s informováním výše uvedených osob o mém zdravotním stavu v následujícím rozsahu\*:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| V ……………… dne ……………… | V ……………… dne ……………… |
|  |  |
| podpis pacienta | podpis zaměstnance poskytovatele zdravotních služeb |
|  | jméno  zaměstnance: ………………………… ……... |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*V případě, že pacient neurčí žádnou osobu, která má právo na poskytnutí informací o zdravotním stavu pacienta, bude poskytovatel zdravotních služeb postupovat v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Udělení souhlasu se netýká zdravotních služeb, které lze poskytnout v souladu se zákonem bez souhlasu pacienta.*

*\** ***nehodící se škrtněte***