

Záznam o souhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu

Jméno a příjmení pacienta:

Identifikátor:

Bydliště:

RČ:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Kód ZP:

Souhlasím s podáváním informací o mém zdravotním stavu následujícím osobám:

jméno a příjmení	bydliště	telefon / email	právo nahlížet *	právo vyslovit (ne)souhlas **	omezení posk. informací
			☐	☐	

* - právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a požítovat si výpisy nebo kopie mé zdravotnické dokumentace

** - právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, pokud tak nebudu s ohledem na svůj zdravotní stav moci sám/sama učinit

Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu těmto osobám:

jméno a příjmení	adresa bydliště	jedná se o osobu blízkou
		☐

Byl/a jsem informován/a, že nemocnice je školícím pracovištěm a že osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet v rozsahu nezbytně nutném pro zajištění výuky. Byl jsem informován, že nahlížení mohu zakázat. S nahlížením těchto osob do mé zdravotnické dokumentace výhradně v souvislosti s výukou:

SOUHLASÍM

Byl/a jsem informován/a, že Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně je rovněž výzkumnou organizací a v souvislosti s tím jsem byl/a požádán/a o souhlas s využitím údajů o mém zdravotním stavu pro účely vědy a výzkumu vč. statistického zpracování. Tyto informace mohou být poskytnuty mimo Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně výhradně v anonymizované podobě, kdy mimo nemocnici nebude možné moji osobu identifikovat. S uvedeným zpracováním osobních údajů:

NESOUHLASÍM

Nepřeji si, aby mi byly informace o mém zdravotním stavu/plánovaných prohlídkách posílány formou SMS nebo e-mailem.

Beru na vědomí, že udělený souhlas či zákaz mohu kdykoliv odvolat.

V Brně dne:

podpis:

.....
pacient (zákonný zástupce)

.....
zdravotnický pracovník

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže podepsat:

důvod:

způsob projevu souhlasu:

Svědék:

.....
jméno a příjmení

.....
podpis svědka