



Souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu

Já, níže podepsaná/podepsaný tímto prohlašuji, že jsem byla/byl poučena/poučen o mém právu určit osobu, která může být informována o mém zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě, zároveň jsem byla/byl poučena/poučen o mém právu určení osoby nebo vyslovení zákazu kdykoliv odvolat

1. zároveň určuji, že níže uvedené osobě (osobám) **náleží / nenáleží** též právo:

a) v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k mému zdravotnímu stavu; v případě záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky může nahlížet do záznamů týkajících se popisu příznaků onemocnění, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů

b) na pořízení výpisů, opisů nebo kopií do veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k mému zdravotnímu stavu; v případě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má nárok na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těch částí dokumentů, které se týkají popisu příznaků, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů

2. S ohledem na výše uvedené (vyberte možnosti, doplňte a označte):

a) **určuji osobu/y, která/které může/mohou být informována/y o mém zdravotním stavu a to ústně, mailem, nebo telefonicky pod heslem.....:**

Jméno a příjmení datum narození:

Bydliště tel.:.....

Informace (pouze aktuální zdrav. stav) x nahlížení x kopie, opisy, výpisy

Jméno a příjmení datum narození:

Bydliště tel.:.....

Informace (pouze aktuální zdrav. stav) x nahlížení x kopie, opisy, výpisy

b) vyslovuji zákaz podávání jakýchkoliv informací o mém zdravotním stavu osobě:

Jméno a příjmení datum narození:

Bydliště tel.:

Jméno a příjmení datum narození:

Bydliště tel.:

c) vyslovuji zákaz podávání jakýchkoliv informací o mém zdravotním stavu jakékoliv osobě

V Praze dne

Podpis žadatele:

Podpis vrchní sestry: