Záznam o souhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu v ambulanci NZZ

Jméno a příjmení pacienta: …….. RČ: …….
Bydliště: …….
Jméno a příjmení zákonného zástupce [1]: …….
Zdravotnický pracovník, který záznam zpracoval :
Prohlašuji [2], že
a) Souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu v plném rozsahu, včetně práva nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě a práva na pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů shromážděných v mé zdravotnické dokumentaci a s využitím mého rodného čísla v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů, těmto osobám

_____
Jméno a příjmení adresa tel. číslo

_____
Jméno a příjmení adresa tel. číslo

_____
Jméno a příjmení adresa tel. číslo

b) Souhlasím v omezeném rozsahu s výše uvedenými oprávněními pro tyto osoby :

_____
Jméno a příjmení adresa tel. číslo
_____

V rozsahu :
c) Zakazuji podávat informace o mém zdravotním stavu jakékoliv osobě (platí v případě, že není vyplněn bod a) nebo b)).
d) Souhlasím /nesouhlasím [x] s přítomností osob získávajících odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání při poskytování zdravotní péče.
Souhlasím / nesouhlasím, [x] aby tyto osoby, dokumentační pracovníci a externí auditoři pověření kontrolou kvality poskytované péče mohly nahlížet do zdravotnické dokumentace v nezbytně nutném rozsahu. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech zachovávat mlčení.
Ve……. dne: ……

Podpis: …… ……..
pacient / zákonný zástupce zdravotnický pracovník

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

Důvod: …….
Způsob projevu: ……..
Svědek: …….. ……..
Jméno a příjmení podpis
_____

1 činí-li prohlášení zákonný zástupce
2 za nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného či omezeného ve způsobilosti k právním úkonům činí prohlášení jeho zákonný zástupce
x nehodící se škrtněte