



## Souhlas pacienta s poskytováním informací

Pacient/ka: .....  
*jméno a příjmení*

Rodné číslo (číslo pojištění): .....

Já, níže podepsaný:

*\*zakřížkujte vybrané možnosti vlevo vedle textu konkrétního souhlasu (vzor - ☒)*

- Souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu** níže uvedeným osobám, dle zákona č.372/2011 Sb.

Jméno a příjmení	Bydliště	Telefon	ústně/písemně/tel./e-mail

- Souhlasím, aby výše uvedená/é osoba/y měla/y právo nahlížet** do mé zdravotnické dokumentace nebo jiných záznamů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu.
- Souhlasím, aby výše uvedená/é osoba/y měl/y právo pořizovat výpisy, opisy a kopie** z mé zdravotnické dokumentace.
- Souhlasím** s tím, aby u mého vyšetření (ošetření) byli přítomni studenti lékařských fakult a zdravotnických škol všech typů, kteří získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a jsou v rámci praktické výuky vzdělávání v Revmatologickém ústavu.
- Z A K A Z U J I** podávat informace o mém zdravotním stavu.

.....  
*jméno, příjmení a podpis lékaře,*

.....  
*podpis pacienta*

Datum podpisu: