



Revmatologický ústav

státní příspěvková organizace
Na Slupi 4, 128 50 Praha 2, IČ: 00023728

Souhlas pacienta s poskytováním informací

(daný souhlas může být pacientem kdykoli odvolán nebo změněn)

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.
- H E S L O** určené pro podávání informací telefonem.....
- Z A K A Z U J I** podávat informace o mém zdravotním stavu.

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

.....
podpis pacienta

Datum podpisu: