

ZÁZNAM O SOUHLASU S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ

Jméno a příjmení:.....RČ:.....

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. včetně poskytnutí rodného čísla:

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

- Souhlasím s možností nahlížet** do méjí zdravotnické dokumentace nebo jiných záznamů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu

Jméno a příjmení	Bydliště	Telefon	

- Souhlasím s možností pořízení výpisů, opisů a kopií** uvedených dokumentů

Jméno a příjmení	Bydliště	Telefon	

- Souhlasím s poskytováním informací v omezeném rozsahu** těmto osobám:

Jméno a příjmení	Bydliště	Telefon	

Rozsah omezení:

- Souhlasím s tím, aby u mého vyšetření (ošetření) byli přítomni studenti lékařských fakult, VŠ a Středních odborných škol, kteří jsou v rámci praktické výuky vzdělávání v Revmatologickém ústavu.

- ZAKAZUJI** podávat informace o mém zdravotním stavu.

V Praze dne

.....
Podpis pacienta

.....
podpis lékaře