**Informovaný souhlas s poskytováním informací**

Dle právních předpisů máte právo určit osoby, které mohou být informovány o Vašem zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě.

 \*Zakroužkujte platnou odpověď:

1. Prohlašuji, že zakazuji poskytovat informace o mém zdravotním stavu jakékoliv osobě\*
2. Prohlašuji, že souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu v plném rozsahu níže uvedeným osobám\*:

**Jméno a příjmení**:...…….…………………………………..tel:.………………………………….

Kontaktní adresa: ………………………………………………………………………………….

**Jméno a příjmení**:……….………………………………….tel.:………………………………….

Kontaktní adresa:…………………………………………………………………………………….

Výše uvedené osoby jsou oprávněny v plném rozsahu k přijetí informací o mém zdravotním stavu, včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace o mně vedené, nebo do jiných zápisů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu, k pořizování výpisů nebo kopií těchto dokumentů.

Informace o mém zdravotním stavu mohou být určeným osobám poskytovány následujícím způsobem:

1. osobně ANO […] NE […]
2. písemně ANO […] NE […]

**Informovaný souhlas s možností předání receptů, poukazu na zdravotnické pomůcky:**

**Jméno a příjmení**:...…….………………………………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení pacientky:** Datum narození pacientky: Datum:Podpis pacientky: |   |
|   |  |
|  |  |

**Jméno a příjmení zákonného zástupce:**

Datum narození zákonného zástupce:

Datum:

Podpis zákonného zástupce:

**Podpis zdravotnického pracovníka:**

Prohlašuji, že pacientka tento záznam přede mnou vyplnila a osobně přede mnou podepsala, případně přede mnou výslovně prohlásila, že jej sama vyplnila a podepsala.

V Poděbradech dne ………………….. Jméno a podpis zdravotnického pracovníkaKonec formuláře