

POUČENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE PACIENTA)

Pacient/ka Jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Adresa:	
Telefonní číslo:	e-mail:
Heslo pro telefonní komunikaci:	

Souhlasím:		
- s převzetím do gastroenterologické ordinace,		
- s tím, aby lékařský a zdravotnický personál ambulance prováděl lékařskou a ošetrovatelskou péči, nahlížel do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném,		
- s tím, aby externí zdravotničtí auditoři mohli nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v souvislosti s jejich kontrolní činností,		
- s odběrem biologického materiálu (krev, moč, výtěry, kultivace, EKG...) na potřebná vyšetření a laboratorní rozbor pro stanovení diagnózy a potvrzení zdravotního stavu.		
S výše uvedeným souhlasím:	ANO	NE

Přeji si, aby o mém zdravotním stavu byla informována jiná osoba:		ANO	NE
Jméno a příjmení:	Vztah:	Tel. č.:	
Adresa:			
Přeji si, aby výše uvedená osoba měla právo:		ANO	NE
a) Nahlížet do mé zdravotnické dokumentace		ANO	NE
b) Pořizovat si výpisy/kopie z mé zdravotnické dokumentace		ANO	NE

Způsob doručení lékařské zprávy, výsledků vyšetření, receptů apod.*:

 poštou – obyčejné psaní prostý e-mail sms

*Uvědomuji si, že se jedná o nezabezpečenou formu komunikace a že mi touto cestou budou zasílány osobní údaje zvláštní kategorie, především údaje o zdravotním stavu. Přejímám zodpovědnost za eventuální únik těchto údajů, k němuž může dojít v souvislosti s použitím mnou požadovaného způsobu odeslání.

Datum:.....

.....
Podpis pacienta/pacientky nebo
zákonného zástupce (opatrovníka)

poučení provedl:

MUDr. Marcela Maternová