

Souhlas pacienta s poskytováním informací a určení osob, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu

v souladu s ust. § 31 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“)

Pacient:
Jméno, příjmení, datum narození, bydliště

Zákonný zástupce (zákonní zástupci):

.....
Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení

I. Kontaktní osoby a podávání informací (vyplní pacient)

Dle zákona jste oprávněn/a rozhodnout o tom, kterým osobám a v jakém rozsahu jsme oprávnění poskytovat informace o Vašem zdravotním stavu a o potřebných zdravotních výkonech.

Poskytování informací o mém zdravotním stavu

- zakazuji kterékoliv osobě
- zakazuji těmto osobám:

1.
Jméno, příjmení, adresa, vztah k Vám, telefon, případně jiné kontaktní údaje

2.
Jméno, příjmení, adresa, vztah k Vám, telefon, případně jiné kontaktní údaje

- povoluji těmto osobám:

1.
Jméno, příjmení, adresa, vztah k Vám, telefon, případně jiné kontaktní údaje

2.
Jméno, příjmení, adresa, vztah k Vám, telefon, případně jiné kontaktní údaje

Výše uvedené kontaktní osobě/kontaktním osobám mohou být sděleny:

- veškeré informace o mém zdravotním stavu
- informace o mém zdravotním stavu pouze v následujícím rozsahu:

.....
Způsob sdělení informací: ústně písemně

Uvedená kontaktní osoba/kontaktní osoby:

- může nemůže **nahlížet do mé zdravotnické dokumentace**
- může nemůže **pořizovat opisy, kopie a výpisy z mé zdravotnické dokumentace**

Podání informace o svém zdravotním stavu se můžete vzdát, případně můžete určit osobu/osoby, které/kterým má být tato informace podána¹.

¹ K vzdání se podání informace o zdravotním stavu se nepřihlíží, jde-li o informaci, že pacient trpí infekční nemocí nebo jinou nemocí, v souvislosti s níž může ohrozit zdraví nebo život jiných osob.

Práva na podání informace o svém zdravotním stavu se

- nevzdávám, chci být informován o svém zdravotním stavu**
- vzdávám, s tím, že tato informace má být případně podána této osobě/těmto osobám²:**

.....
Jméno, příjmení, adresa, vztah k Vám, telefon, případně jiné kontaktní údaje

Váš ošetřující lékař je povinen informovat Vás, a/nebo Vámi uvedené osoby, o příčině a původu Vaší nemoci, pokud jsou známy, účelu, povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jeho předpokládaném přínosu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Informace o těchto skutečnostech Vám budou sděleny a souhlasy s poskytnutím zdravotních služeb vyžádány ke každému výkonu zvlášť.

Váš souhlas s poskytnutím zdravotních služeb můžete odvolat. Odvolání souhlasu však není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození Vašeho zdraví nebo ohrožení Vašeho života.

II. Poučení o nahlížení do zdravotnické dokumentace a pořizování kopií, opisů a výpisů ze zdravotnické dokumentace

Ze zákona máte právo nahlížet do své zdravotnické dokumentace (dále jen „ZD“), kterou naše zdravotnické zařízení vede v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb Vaší osobě a pořizovat ze ZD kopie a výpisy, vyjímaje informace o třetích osobách. Vaší žádosti o pořizování kopie nebo výpisu ze ZD vyhovíme v co nejkratším možném termínu. Dovolujeme si Vás rovněž upozornit, že pořizování kopií a výpisů ze ZD je v souladu se zákonem zpoplatněno. Cena za jednu stranu kopie ZD činí 200 Kč vč. DPH.

III. Souhlas s nahlížením do vaší zdravotnické dokumentace a poskytováním péče ze strany osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (vyplní pacient)

V souladu se zákonem Vám oznamujeme, že se na poskytování zdravotních služeb mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do ZD, do které mohou nahlížet v rozsahu nezbytném pro zajištění jejich výuky. Jako pacient však máte právo přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb a jejich nahlížení do Vaší ZD zakázat.

S umožněním přístupu osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání k mé ZD a s jejich přítomností při poskytování zdravotních služeb mé osobě:

- SOUHLASÍM**
- NESOUHLASÍM**

V Praze dne hod.

Pacient/zákonný zástupce:

Zdravotnický pracovník:

.....

.....

² Uvedené osoby a rozsah jejich informování jste oprávněn/a kdykoli změnit. Za tímto účelem prosím kontaktujte svého ošetřujícího lékaře.