

**ZÁZNAM O SOUHLASU S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ
o zdravotním stavu pacienta**
(dle zák.č.372/2011Sb. a vyhl. č. 98/2012Sb.)

Pracoviště: alergologická ambulance, Poliklinika Zahradníková 2/8, Brno

Lékař dispenzarizující (přijímající):

Pacient (jméno, RČ):

Prohlašuji, že

souhlasím s poskytováním níže uvedených práv níže uvedeným osobám níže uvedeným způsobem (**souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu v plném rozsahu**)
.. pokud mám vůči níže uvedenému znění výhradu, např. souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu jen v omezeném rozsahu, uvedu toto do oddílu poznámky (**souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu v omezeném rozsahu**)

zakazuji podávat informace o mém zdravotním stavu jakékoli osobě (**všeobecný zákaz poskytovat informace o zdravotním stavu**)

Osoba 1 (jméno, pozice, event. další dle pacienta potřebná identifikace):

Určená osoba:

- | | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> má | <input type="checkbox"/> nemá - právo dotazovat se a mít poskytnuty informace o zdr.stavu pacienta |
| | <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> telefonicky |
| <input type="checkbox"/> má | <input type="checkbox"/> nemá - právo nahlížet do zdr.dokumentace vedené o pacientovi (ZD) |
| <input type="checkbox"/> má | <input type="checkbox"/> nemá - právo pořizovat kopie nebo výpisy ze ZD |

Poznámky (výhrady, omezený rozsah podávaných informací, ..):

Osoba 2 (jméno, pozice, event. další dle pacienta potřebná identifikace):

Určená osoba:

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> má | <input type="checkbox"/> nemá - právo dotazovat se na informace o zdravotním stavu pacienta |
| | <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> telefonicky |
| <input type="checkbox"/> má | <input type="checkbox"/> nemá - právo nahlížet do zdr.dokumentace vedené o pacientovi (ZD) |
| <input type="checkbox"/> má | <input type="checkbox"/> nemá - právo pořizovat kopie nebo výpisy ze ZD |

Poznámky (výhrady, omezený rozsah podávaných informací, ..):

Osoba 3 (jméno, pozice, event. další dle pacienta potřebná identifikace):

Určená osoba:

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> má | <input type="checkbox"/> nemá - právo dotazovat se na informace o zdravotním stavu pacienta |
| | <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> telefonicky |
| <input type="checkbox"/> má | <input type="checkbox"/> nemá - právo nahlížet do zdr.dokumentace vedené o pacientovi (ZD) |
| <input type="checkbox"/> má | <input type="checkbox"/> nemá - právo pořizovat kopie nebo výpisy ze ZD |

Poznámky (výhrady, omezený rozsah podávaných informací, ..):

Prohlašuji, že

- souhlasím
 nesouhlasím

.. s přítomností osob získávajících odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání při poskytování zdravotní péče (**souhlas s přítomností školenců zdravotníků při vyšetření**). Tyto osoby jsou povinny zachovávat mlčení o skutečnostech ve vztahu k Vaší osobě.

Poznámky (výhrady, omezený rozsah podávaných informací, ..):

Prohlašuji, že

- souhlasím
 nesouhlasím

.. s možností ANONYMNÍHO zpracování a poskytování informací o mém zdravotním stavu pro účely vědecké, výukové a výzkumné v nezbytně nutném rozsahu (**vědecká licence**).

Poznámky (výhrady, omezený rozsah podávaných informací, ..):

Prohlašuji, že

- souhlasím
 nesouhlasím

.. s možností vybraných osob (osoby nezdravotníci pověřené provozovatelem zdravotnického zařízení provádět zpracování dat a dokumentace, externí auditoři kvality zdravotní péče, revizní pracovníci zdravotní pojišťovny) nahlížet do mé dokumentace v nezbytně nutném rozsahu (**souhlas s kvalifikovaným nahlížením do zdr.dokumentace**). Tyto osoby jsou povinny zachovávat mlčení o skutečnostech ve vztahu k Vaší osobě.

Poznámky (výhrady, omezený rozsah podávaných informací, ..):

V Brně dne:,

Podpis pacienta, resp. plus jeho zákonného zástupce (vlastní rukou celé jméno + podpis)

Jde-li o nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, musí ze souhlasu vyplývat, že příslušné informace byly poskytnuty a stvrzeny zákonným zástupcem pacienta a též pacientem samým; pokud pacientovi nebyla tato možnost dána, uvedou se důvody neposkytnutí. Nemůže-li se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li záznam o souhlasu / nesouhlasu s poskytováním informací podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl projevu odmítnutí přítomen, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nepodepsal, a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli.