

ZÁZNAM O SOUHLASU S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ PACIENTOVI o jeho zdravotním stavu MIMO OSOBNÍ KONTAKT

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

Lékař dispenzarizující (přijímající):

Pacient (jméno, RČ):

a) Telefonická komunikace (T):

Prohlašuji, že

souhlasím nesouhlasím

s poskytováním informací o mne a mém zdravotním stavu v rámci telefonické komunikace mezi mojí osobou a výše uvedeným zdravotnickým zařízením. Tato komunikace bude z mé strany chráněna heslem, které sdělím před předmětnou komunikací.

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

b) Komunikace mailem (M):

Prohlašuji, že

souhlasím nesouhlasím

s poskytováním informací o mne a mém zdravotním stavu v rámci komunikace formou e-mailu (adresa). Jsem si vědom, že jde o tzv. nezabezpečenou elektronickou komunikaci.

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

c) Komunikace SMS / WhatsApp (S):

Prohlašuji, že

souhlasím nesouhlasím

s poskytováním informací o mne a mém zdravotním stavu v rámci komunikace formou SMS a WhatsApp (telefonní číslo). Jsem si vědom, že jde o tzv. nezabezpečenou elektronickou komunikaci.

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.

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

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

Lékař dispenzarizující (přijímající):

Pacient (jméno, RČ):

a) Cizí osoby – obecně:

Prohlašuji, že

zakazuji podávat informace o mém zdravotním stavu jakékoli osobě (**všeobecný zákaz poskytovat informace o zdravotním stavu**). Pozn.: pro vyjmenované osoby v oddílech b) až d) je požadován zvláštní (ne)souhlas.

NEBO

souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu bez ohledu na způsob podání informací níže uvedeným osobám (**souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu v plném rozsahu**); vypiš pozn. A

souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu jen v omezeném rozsahu a/nebo jen určitým způsobem níže uvedeným osobám (**souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu v omezeném rozsahu**); vypiš pozn. B

Pozn. A (ad souhlas v plném rozsahu):

Osoba 1 (jméno, pozice, event. další identifikace + heslo pro komunikaci):

Osoba 2 (jméno, pozice, event. další identifikace + heslo pro komunikaci):

Pozn. B (ad souhlas v omezeném rozsahu):

Osoba 1 (jméno, pozice, event. další identifikace + heslo pro komunikaci):

Určená osoba:

má nemá - právo **dotazovat se a mít poskytnuty** informace o zdr.stavu pacienta
 písemně mailem ústně telefonicky

má nemá - právo **nahlížet do zdravotnické dokumentace** vedené o pacientovi

má nemá - právo **pořizovat kopie nebo výpisy ze zdravotnické dokumentace**

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

Osoba 2 (jméno, pozice, event. další identifikace + heslo pro komunikaci):

Určená osoba:

má nemá - právo **dotazovat se a mít poskytnuty** informace o zdr.stavu pacienta
 písemně mailem ústně telefonicky

má nemá - právo **nahlížet do zdravotnické dokumentace** vedené o pacientovi

má nemá - právo **pořizovat kopie nebo výpisy ze zdravotnické dokumentace**

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

b) Zdravotníci – školenci (Z):

Prohlašuji, že

souhlasím nesouhlasím

s poskytnutím informací o mém zdravotním stavu a event. přítomností při mém vyšetření vůči osobám získávajícím odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v rámci našeho zdravotnického zařízení (**souhlas vůči zdravotníkům - školencům**). Pozn.: Tyto osoby jsou samozřejmě povinny zachovávat mlčení o skutečnostech ve vztahu k Vaší osobě.

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

c) Vědecká licence (V):

Prohlašuji, že

souhlasím nesouhlasím

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

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

d) Kvalifikovaní zpracovatelé dat (K):

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**). Pozn.: 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.