

Souhlas s poskytováním informací osobám určeným pacientem
Určení osob oprávněných vyslovit za pacienta souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb

Poskytovatel zdravotních služeb

Urologie Malešice, s.r.o., IČ 28944658, se sídlem Kubánské náměstí 1327/15, 100 00 Praha 10, zapsaná v OR vedeném Městským soudem v Praze pod sp. zn. C 154869

Pacient

jméno a příjmení: _____

datum narození/číslo pojištěnce (RČ): _____

Já, níže podepsaný pacient, určuji níže uvedené osoby a stanovím rozsah jejich oprávnění:

Oprávněná/é osoba/y (uvést jméno a příjmení, datum narození, adresu bydliště)

Oprávněná/é osoba/y: má/mají právo na informace o mém zdravotním stavu

Rozsah oprávnění: veškeré informace o zdravotním stavu
 omezený rozsah (konkrétně uvést): _____

Oprávněná/é osoba/y: může/mohou nahlížet do mé zdravotnické dokumentace/požívat kopie nebo výpisy ze zdravotnické dokumentace

Rozsah oprávnění: celá zdravotnická dokumentace
 omezený rozsah (konkrétně uvést): _____

Oprávněná/é osoba/y: může/mohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud nebudu ze zdravotních nebo jiných důvodů schopen platný souhlas nebo nesouhlas udělit

Souhlas se uděluje: na dobu od do
 na dobu neurčitou

Já, níže podepsaný pacient, určuji osobu/y, které/kterým nelze informace o mém zdravotním stavu poskytnout (uvést jméno a příjmení, datum narození)

V Praze dne _____

_____ podpis pacienta