



SOUHLAS PACIENTA S NAHLÍŽENÍM DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE, S POŘIZOVÁNÍM VÝPISŮ NEBO KOPIÍ Z NÍ A S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O JEHO ZDRAVOTNÍM STAVU

Já, níže podepsaný/á:

Titul, jméno, příjmení: _____

Datum narození: _____

Bydliště: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

uděluji souhlas

(ve smyslu ust. § 51 odst. 2 písm. b) zák. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování)

Titul, jméno, příjmení/název subjektu: _____

Datum narození/IČO: _____

Trvalé bydliště/se sídlem: _____

k tomu, aby ZZS HMP sdělila výše uvedené osobě/subjektu údaje nebo jiné skutečnosti, které se dozvěděla v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, a které se týkají mého zdravotního stavu, a to:

- v plném rozsahu
 v rozsahu omezeném na: _____

(zaškrtněte Vámi zvolenou variantu)

Toto prohlášení činím dobrovolně.

V _____ dne _____

Podpis pacienta: _____

