

Záznam o souhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu

podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a vyhlášky č. 98/2012, o zdravotnické dokumentaci

Jméno a příjmení pacienta:RČ.:

Bydliště: kód ZP:

Jméno a příjmení zákonného zástupce¹

Klinika / oddělení:

Zdravotnický pracovník, který záznam zpracoval:

Níže uvedeným osobám uděluji následující práva:

1)
jméno, příjmení
.....
adresa, tel. číslo

- právo obdržet informace o mém zdravotním stavu: ☐ ano ☐ ne
- v rozsahu: ☐ plném ☐ omezeném – uveďte:
- způsob poskytování informací – uveďte:
- právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace: ☐ ano ☐ ne
- pořízení kopie nebo výpisu z mé zdravotnické dokumentace: ☐ ano ☐ ne
- právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím
zdravotních služeb, pokud tak nebudu s ohledem na svůj
zdravotní stav schopen (schopna) učinit sám (sama)² ☐ ano ☐ ne
(netýká se nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného či omezeného ve způsobilosti k právním
úkonům)

¹ činí-li prohlášení zákonný zástupce

² toto právo náleží v pořadí, v jakém pacient osoby uvedl

2)
jméno, příjmení
adresa, tel. číslo

- právo sdělit informace o mém zdravotním stavu: ☐ ano ☐ ne
- v rozsahu: ☐ plném ☐ omezeném – uveďte:
- způsob poskytování informací – uveďte:
(např. písemně, ústně, telefonicky, faxem, e-mailem, SMS)
- právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace: ☐ ano ☐ ne
- pořízení kopie nebo výpisu z mé zdravotnické dokumentace: ☐ ano ☐ ne
- právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím
zdravotních služeb, pokud tak nebudu s ohledem na svůj
zdravotní stav schopen (schopna) učinit sám (sama)² ☐ ano ☐ ne
(netýká se nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného či omezeného ve způsobilosti k právním
úkonům)

Beru na vědomí, že FN Brno je výukovým zdravotnickým zařízením a dávám tímto souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace osobám získávajícím způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a prohlubujícím si kvalifikaci (např. studenti zdravotnických škol, lékařských fakult, stážující zdravotničtí pracovníci apod.), které jsou ze zákona vázány povinností mlčenlivosti ohledně všech skutečností, které se dozvěděly ze zdravotnické dokumentace.

Byl(a) jsem informován(a) i o vědecko-výzkumné povaze zdravotnického zařízení a beru na vědomí, že údaje z mé zdravotnické dokumentace mohou být statisticky (tj. bez jakýchkoli identifikačních údajů o mé osobě) zpracovávány k vědeckým účelům.

V Brně dne:

podpis:
pacient (zákonný zástupce) zdravotnický pracovník

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže ze zdravotních důvodů podepsat:

důvod:.....

způsob projevu souhlasu:

Svědék:
jméno a příjmení podpis