

Razítko pracoviště

Identifikace pacienta

## SOUHLAS PACIENTA S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

V rámci navštěvování ambulantního pracoviště Generalist Plus:

A) Mám možnost určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu, určit způsob podávání informací, dále mohu omezit rozsah podávaných informací nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací kterékoliv osobě nebo určeným osobám. Současně mám možnost uvést, zda mnou určené osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o mně vedené a zda jim náleží právo na pořízení výpisů nebo kopií. Dále mám právo sdělit, zda mnou určené osoby mají právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem k zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám/sama. (Netýká se zdravotních služeb, které lze poskytnout bez souhlasu pacienta). Určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o svém zdravotním stavu můžu kdykoliv odvolat.

Označte křížkem pouze v případě využití této možnosti. \* Zakroužkujte platnou odpověď.)

**SOUHLASÍM** s poskytováním informací o svém zdravotním stavu těmto osobám:

1) Jméno a příjmení:.....tel:.....

Kontaktní adresa:.....

- právo nahlížet do zdravotnické dokumentace - **ANO - NE\***, právo pořizovat výpisy/kopie - **ANO - NE\***
- právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem ke zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám - **ANO - NE\***
- způsob sdělování informací:  osobně  telefonicky po uvedení hesla: .....

2) Jméno a příjmení:.....tel:.....

Kontaktní adresa:.....

- právo nahlížet do zdravotnické dokumentace - **ANO - NE\***, právo pořizovat výpisy/kopie - **ANO - NE\***
- právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud tak vzhledem ke zdravotnímu stavu nebudu moci učinit sám - **ANO - NE\***
- způsob sdělování informací:  osobně  telefonicky po uvedení hesla:.....

3) Další osoby:

.....  
.....

**OMEZUJI** rozsah informování o svém zdravotním stavu výše určeným osobám takto:

.....  
.....

- Vyslovuji **ZÁKAZ** podávání informací o svém zdravotním stavu jakékoliv osobě.
- Vyslovuji **ZÁKAZ** podávání informací o svém zdravotním stavu níže uvedeným osobám:

1) Jméno a příjmení: .....

2) Jméno a příjmení: .....

*B) Mám možnost vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu (tzn. určit, že nechci být informován o svém zdravotním stavu).*

- Výslovně se **VZDÁVÁM** podání informace o svém zdravotním stavu.

*C) Mám možnost se rozhodnout, zda souhlasím s přítomností osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka (studenti lékařských fakult, zdravotnických škol a jiné) při poskytování zdravotních služeb své osobě, které jsou vázány povinností mlčenlivosti. Před každým ošetřením/vyšetřením budu informován o přítomnosti těchto osob a budu se moci rozhodnout, zda souhlasím s jejich přítomností, nebo mohu jejich přítomnost odmítnout. Tyto osoby mají rovněž právo nahlížet do zdravotnické dokumentace, a to v rozsahu nezbytně nutném k zajištění výuky. Mám možnost zakázat jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace o mně vedené.*

- Výslovně **ODMÍTÁM**, aby byly tyto osoby přítomny poskytování zdravotních služeb mé osobě.
- Výslovně **ZAKAZUJI**, aby tyto osoby nahlížely do zdravotnické dokumentace o mně vedené.

*D) Pokud souhlasím s možností být informován o svém zdravotním stavu (např. o výsledcích vyšetření) prostřednictvím telefonu nebo e-mailu, uvedu zde příslušné kontaktní údaje a heslo. Heslo slouží k ověření totožnosti při telefonicky vyžádané informaci nebo jako heslo k zašifrovaným přílohám zasílaným elektronicky. Heslo je vhodné uvést ve formátu min. 5 znaků a čísla.*

- SOUHLASÍM** s možností být informován o svém zdravotním stavu telefonicky nebo e-mailem.

Tel. číslo:..... E-mail: .....

Heslo:.....

V ....., dne.....20..... v.....hod.

.....  
**Podpis pacienta**

.....  
**Podpis a zdravotnického pracovníka**

**Podpisová doložka svědka:**

.....  
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....  
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....  
Jméno a příjmení svědka

.....  
Podpis svědka