



Razítko pracoviště

Identifikační štítek pacienta

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ

V rámci navštěvování ambulantního pracoviště Fakultní nemocnice v Motole nezletilým pacientem nebo pacientem s omezenou svéprávností (dále jen osobou mnou zastupovanou):

A) *Mám možnost určit osoby, které mohou být informovány o zdravotním stavu osoby mnou zastupované, 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 vedené o mnou zastupované osobě a zda jim náleží právo na pořízení výpisů nebo kopií. Toto se nevztahuje na druhého zákonného zástupce nezletilého pacienta, který má na výše uvedené právo a nelze mu toto právo odpírat. Určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu mohu kdykoliv odvolat.*

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

SOUHLASÍM s poskytováním informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované těmto osobám:

1) Jméno a příjmení:.....tel:.....

Kontaktní adresa:.....

- právo nahlížet do zdravotnické dokumentace - **ANO - NE***, právo pořizovat výpisy/kopie - **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***
- způsob sdělování informací: osobně telefonicky po uvedení hesla:.....

3) Další osoby:

.....

OMEZUJI rozsah informování o zdravotním stavu osoby mnou zastupované výše určeným osobám takto:

.....

Vyslovuji **ZÁKAZ** podávání informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované jakékoliv osobě. (tzn. Informace o zdravotním stavu osoby mnou zastupované budou podávány pouze mně, u nezletilých pacientů pouze mně a druhému zákonnému zástupci.)

Vyslovuji **ZÁKAZ** podávání informací o zdravotním stavu osoby mnou zastupované níže uvedeným osobám:

1) Jméno a příjmení:

2) Jméno a příjmení:

B) 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 osobě mnou zastupované, které jsou vázány povinností mlčenlivosti. Před každým ošetřením/vyšetřením budu informován/a 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 vedené o osobě mnou zastupované.

Výslovně **ODMÍTÁM**, aby byly tyto osoby přítomny poskytování zdravotních služeb osobě mnou zastupované.

Výslovně **ZAKAZUJI**, aby tyto osoby nahlížely do zdravotnické dokumentace vedené o osobě mnou zastupované.

C) Pokud souhlasím s možností být informován/a o zdravotním stavu osoby mnou zastupované (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/a o zdravotním stavu osoby mnou zastupované telefonicky nebo e-mailem.

Tel. číslo:..... E-mail:

Heslo:.....

Kontaktní údaje druhého zákonného zástupce nezletilého pacienta pro možnost informování o jeho zdravotním stavu:

Tel. číslo:..... E-mail:

Heslo:.....

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

.....
Podpis zákonného zástupce

.....
Podpis a jmenovka zdravotnického pracovníka

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi: