

Určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

Údaje pacienta

Jméno a příjmení:

narozen:

Adresa trvalého pobytu:

Kontakt /telefon, mail/ :

Tímto určuji v souladu se zákonem o zdravotních službách oprávněnou osobu, která má právo na informace o mém zdravotním stavu od níže uvedeného poskytovatele zdravotních služeb.

Oprávněná osoba:

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

Rodné číslo:

Současně určuji, že tato osoba **může – nemůže** nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy či kopie této dokumentace.

Informace o zdravotním stavu pacienta mohou být sdělovány:

- osobně
- telefonicky (pro případ telefonické komunikace je oprávněn lékař sdělit informace pouze, pokud mu bude sděleno oprávněnou osobou zvolené heslo, které je:

.....

Současně určuji, že tato osoba **má – nemá** právo být přítomna při poskytování zdravotní péče pacientovi, pokud to charakter daného výkonu a právní předpisy umožňují.

Současně určuji, že tato osoba **má – nemá** právo vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb v případě, kdy nebudu moci z důvodu zdravotního stavu vyslovit sám souhlas s poskytováním zdravotních služeb (nepůjde-li o zdravotní služby, které dle zákona lze poskytnout bez souhlasu).

Údaje poskytovatele

Název (firma) : Medicina Centrum s.r.o., odborný zástupce MUDr. Ethel Ludvíková

Adresa zdravotnického zařízení: Sokolská 27/ 464, 120 00 Praha 2

IČ : 248 46 988

Obor poskytovaných zdravotních služeb: všeobecné praktické lékařství

V Praze, dne

.....

podpis pacienta

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace pacienta.

V Praze, dne

.....

podpis lékaře