

SOUHLAS PACIENTA S POSKYTNUTÍM LÁZEŇSKÉ LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČE

Pacient	
Jméno a příjmení:	
Datum narození:	

Zákonný zástupce / opatrovník	
Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Bydliště	
Vztah k pacientovi (otec, matka apod)	

Potvrzuji, že jsem byl ošetřujícím lékařem informován o svém aktuálním zdravotním stavu (zdravotním stavu osoby mnou zastupované). Vše mi bylo srozumitelně vysvětleno, bylo mi umožněno se v dostatečné časové lhůtě zvážit možnost se zeptat na veškeré záležitosti, jimiž jsem neporozuměl, nebo které považuji za podstatné a **souhlasím** s navrhovanou lázeňskou léčebně rehabilitační péčí.

Dále prohlašuji, že jsem byl ošetřujícím lékařem poučen o svých právech na poskytnutí informací ze své zdravotnické dokumentace, s právem na nahlížení a pořizování výpisů, opisů nebo kopií ze své zdravotnické dokumentace, s právem určit osobu, která může být informována o mém zdravotním stavu, s právem vyslovit zákaz podání informací o mém zdravotním stavu jakékoliv osobě. Poučení jsem rozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.

Osoba oprávněná k obdržení informace o zdravotním stavu pacienta	
Jméno a příjmení:	
Vztah k pacientovi:	
Telefon:	

Pacient (zákonný zástupce, opatrovník pacienta) žádá poskytovatele, aby informace o zdravotním stavu pacienta byly poskytovatelem sděleny telefonicky na základě uvedení hesla, které zní:

--

Datum:

.....

.....
podpis pacienta
(zákonného zástupce, opatrovníka)

.....
razítko a podpis ošetřujícího lékaře