



Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

Rozkošská 2322
58023 Havlíčkův Brod

TEL: +420569478111
FAX: +420569421842DIČ:

IČO: 00179230
CZ00179230

Souhlas s poskytováním informací.

Pacient:

Rodné číslo:

Bydliště:

Zástupce pacienta: Ano Opatrovník: Ano

Jméno a příjmení:

Vztah k pacientovi:

Datum:

Po předchozím poučení beru na vědomí, že mohu:

1. Určit osoby, které mohou:

- být informovány o mém zdravotním stavu
- nahlížet do mé zdravotnické dokumentace (ZD)
- pořizovat si výpisy nebo kopie mé zdravotnické dokumentace
- vyslovit zástupný souhlas/nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb v případě, kdy tak nebudu moci s ohledem na svůj zdravotní stav učinit sám.

2. Vyslovit zákaz poskytovat informace o mém zdravotním stavu určitým osobám

3. Kdykoliv odvolat dříve vyslovené oprávnění nebo zákaz určitým osobám poskytovat informace o mém zdravotním stavu

Osoby oprávněné k poskytování informací (jméno, příjmení, vztah k pacientovi, telefon, rozsah informací (vše/specifikace))	Informace o zdravotním stavu	Nahlížení do ZD	Výpisy a kopie ZD	Zástupný souhlas/nesouhlas
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ano
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ano
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ano
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ano

Osoby, kterým byl vysloven zákaz poskytování informací o zdravotním stavu pacienta (jméno, příjmení, vztah k pacientovi)

Jméno, příjmení a podpis lékaře

Podpis pacienta(zástupce pacienta)