Já

bytem

narozen dne

uděluji tímto lékaři
MUDr. Tiborovi Vicsápimu,
Záhumenní 1477
742 21 Kopřivnice

souhlas se sdělením informací do povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků, ve smyslu ustanovení § 51 odstavec (1), písmeno d) zákona č. 372/2011 Sb. v tomto rozsahu: 1)

Zároveň souhlasím s tím, aby bylo v tomto rozsahu umožněno nahlížení do mé zdravotnické dokumentace a aby byly dány k dispozici výpisy z této dokumentace

Tento souhlas uděluji ke sdělení vůči:

Tento souhlas uděluji na dobu:

Prohlašuji, že tento souhlas uděluji při plném vědomí, na základě své svobodné vůle a bez jakéhokoli nátlaku či tísně. Jsem si vědom toho, že tento souhlas jsem oprávnění kdykoli odvolat a prohlašuji, že pokud se rozhodnu tento úkon provést, doručím písemné odvolání tohoto souhlasu lékaři.

V dne ……

podpis pacienta

Potvrzuji převzetí a prohlašuji, že dle tohoto souhlasu budu postupovat, tedy informace v pacientem uvedeném rozsahu osobně, vůči niž byl souhlas udělen, na její žádost sdělím.

V dne ……

podpis lékaře

1) *konkrétně uvést vždy podle účelu – lze uvést široce, např.: veškeré informace, pokud jde o* vyhovění dožádání instituce či organizace odkázat na konkrétní dožádání např.: v rozsahu žádosti České pojišťovny a.s. ze dne 1.1.2004, nebo vázané na určité onemocnění, například týkající se úrazu páteře způsobeného dopravní nehodnou dne 1.1.2004 apod.