



Poskytovatel zdravotních služeb
IMMUNO-FLOW, s.r.o.
U Pazderek 25, 181 00 Praha
Tel.:286 923 150
e-mail: info@immunoflow.cz
(dále jen „poskytovatel“)

Pacient

Jméno/příjmení:.....
Datum narození:.....
Bydliště:.....
Tel.:.....
e-mail:.....

Zákonný zástupce

Jméno/příjmení:.....
Datum narození:.....
Bydliště:.....
Tel.:.....
e-mail:.....

(dále pacient a zákonný zástupce společně jen jako „pacient“)

Seznam osob oprávněných nahlížet do zdravotnické dokumentace pacienta a oprávněných být o jeho zdravotním stavu informováni

Pacient určuje, aby informace o jeho zdravotním stavu byly podávány těmto osobám:

.....
.....

Pacient určuje, že do jeho zdravotnické dokumentace mohou nahlížet a pořizovat si její kopie tyto osoby:

.....
.....

Souhlas pacienta

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že uvedené osoby mohou nahlížet do mé zdravotnické dokumentace vedené poskytovatelem a být informováni o mém zdravotním stavu.

TEXT POKRAČUJE NA DRUHÉ STRANĚ

PROSÍME ZAŠKRTNĚTE PŘÍSLUŠNOU VOLBU

- Pacient tímto výslovně žádá poskytovatele, aby veškeré údaje z jeho zdravotnické dokumentace byly poskytovatelem pacientovi zasílány prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu na e-mailovou adresu@.....

anebo

byly tyto informace poskytovatelem sděleny telefonicky na základě uvedení hesla, kterým je pacientovo rodné číslo.

Poskytovatel pacienta poučil, že v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb obsahují lékařské zprávy, výsledky z laboratoře a další výstupy a dokumenty, osobní údaje a zvláštní osobní údaje pacienta, které budou na žádost pacienta zaslány na výše uvedený e-mail pacienta, a to prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu, příp. sděleny telefonicky na základě uvedení výše uvedeného hesla. Poskytovatel výslovně pacienta upozorňuje, že takto postupuje na jeho žádost a nenese žádnou odpovědnost za případné chybné, neúplné či jinak nežádoucí doručení či nakládání s těmito informacemi.

- Pacient tímto uděluje poskytovateli souhlas s vyvoláním jeho jména v čekárně.

Pacient sděleným informacím rozumí, bere je na vědomí, což potvrzuje níže svým podpisem

V..... dne.....

.....
podpis pacienta