



Gynekologicko-porodnická klinika

**ZÁZNAM O SOUHLASU PACIENTA
S HOSPITALIZACÍ A S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ**

Jméno a příjmení:

r. č.:

Čís. chorob.:

Bydliště:

POUČENÍ

Byl/a jsem poučen/a o svém zdravotním stavu a potřebné zdravotní péči a souhlasím s hospitalizací ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (dále jen VFN).

POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ

Dále prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s právem na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve své zdravotnické dokumentaci nebo v jiných zápisech vztahujících se k mému zdravotnímu stavu, že mohu do těchto dokumentů nahlížet, že mohu požádat o výpis, opis nebo kopie těchto dokumentů, a že mám právo určit osobu, která může být informována o mém zdravotním stavu a jí určit rozsah výše uvedených práv.

Souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu pouze níže uvedeným osobám:

Jméno, příjmení, adresa místa trvalého pobytu nebo jiná kontaktní adresa, telefonní číslo

Navíc u těchto osob:

- **souhlasím/nesouhlasím** s možností nahlížet do méjí zdravotnické dokumentace nebo do jiných záznamů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu,
- **souhlasím/nesouhlasím** s možností pořízení výpisů, opisů a kopií uvedených dokumentů,
- **souhlasím/nesouhlasím** s poskytnutím rodného čísla, tj. že nemusí být ze zdravotnické dokumentace odstraněno.

V případě, že si přeji poskytnout informace o mém zdravotním stavu v omezeném rozsahu, bude rozsah omezení tento:

--

- **souhlasím/nesouhlasím** podávat informace o mém zdravotním stavu.

*) nehodící se škrtněte

TISKNĚTE OBOUSTRANNĚ