

Poučení a informovaný souhlas zákonného zástupce pacienta

Pacient			
Jméno a příjmení:	Rodné číslo/ číslo pojištěnce:		
Datum narození:	Kód zdravotní pojišťovny:		
Adresa trvalého pobytu:			
Telefonní číslo:	E-mail:		
Zákonný zástupce			
Matka	Jméno a příjmení: Telefonní číslo: E-mail:	Opatrovník	Jméno a příjmení: Telefonní číslo: E-mail:
Otec	Jméno a příjmení: Telefonní číslo: E-mail:		
Souhlas:			
Souhlasím s převzetím dítěte do ambulantní péče Malé zdraví a.s.		<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Souhlasím s tím, aby lékařský a zdravotnický personál mohl nahlížet do zdravotní dokumentace, všechny tyto osoby jsou ze zákona povinny o těchto skutečnostech zachovávat mlčenlivost		<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Souhlasím s tím, aby externí zdravotničtí auditoři mohli nahlížet do zdravotnické dokumentace v souvislosti s jejich kontrolní činností		<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč, stolice, stěry,..) na potřebná vyšetření nutné k diagnostice a posouzení zdravotního stavu		<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Dávám souhlas se zasíláním veškerých informací dle GDPR o zdravotním stavu prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu na e-mailovou adresu		<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Dávám souhlas s poskytováním informací dle GDPR o zdravotním stavu telefonicky		<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Osoby, které mohou být o zdravotním stavu dítěte informovány:			
Jméno a příjmení:			

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

Podpis zákonného zástupce/ opatrovníka