URČENÍ OSOB OPRÁVNĚNÝCH
K POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Název poskytovatele: **SPINEZIO s.r.o.**

IČO: **07206241**

Sídlo: Sokolovská 444/118, Karlín, 186 00 Praha 8

Tento dokument slouží k uplatnění Vašich práv v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a dalšími právními předpisy.

POUČENÍ PACIENTA

Byl(a) jsem poučen(a) o svém právu určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu.

Mohu určit:

- osoby oprávněné k přijímání informací o mém zdravotním stavu,
- rozsah informací, které mohou být těmto osobám poskytovány,
- osoby oprávněné nahlížet do zdravotnické dokumentace,
- osoby oprávněné pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie zdravotnické dokumentace,
- osoby oprávněné vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb v případech stanovených právními předpisy.

Byl(a) jsem současně poučen(a) o právu:

- ☑ vyslovit zákaz poskytování informací o svém zdravotním stavu jakékoliv osobě,
- ☑ své rozhodnutí kdykoliv změnit nebo odvolat,
- ☑ vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu.

URČENÍ OSOB OPRÁVNĚNÝCH K INFORMACÍM O ZDRAVOTNÍM STAVU

Jméno a příjmení	Datum narození	Vztah k pacientovi	Rozsah oprávnění (zaškrtněte prosím)
			☐ informace o zdravotním stavu ☐ nahlížení do dokumentace ☐ kopie dokumentace ☐ zástupný souhlas
			☐ informace o zdravotním stavu ☐ nahlížení do dokumentace ☐ kopie dokumentace ☐ zástupný souhlas

ZÁKAZ POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ

☐ Nepřeji si, aby informace o mém zdravotním stavu byly poskytovány jakékoliv osobě.

VZDÁNÍ SE INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU

☐ Vzdávám se podání informace o svém zdravotním stavu.

Beru na vědomí, že v případech stanovených právními předpisy může být informace poskytnuta i přes odmítnutí podání, zejména pokud je to nezbytné pro ochranu zdraví mé nebo dalších osob.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA

Prohlašuji, že jsem byl(a) srozumitelně poučen(a) o svých právech týkajících se poskytování informací o zdravotním stavu a vedení zdravotnické dokumentace.
Měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky a obdržel(a) jsem na ně srozumitelné odpovědi.

V _____ dne _____

Datum narození: _____

Jméno a příjmení pacienta: _____

Podpis pacienta: _____

Tento dokument bude založen do Vaší zdravotnické dokumentace.
Určení osob, zákaz podávání informací nebo vzdání se informace lze kdykoliv změnit nebo odvolat.