**SOUHLAS PACIENTA S POSKYTOVÁNÍM INFORMACI**

v souladu s ust. § 32 a § 33 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“)

Informace o pacientovi:

Pacient:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Jméno, příjmení, datum narození, bydliště*

Zákonný zástupce (zákonní zástupci):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení*

**KONTAKTNÍ OSOBY A PODÁVÁNÍ INFORMACÍ** *(vyplní pacient)*

Dle zákona jste oprávněn/a rozhodnout o tom, kterým osobám a v jakém rozsahu jsme oprávnění poskytovat informace o Vašem zdravotním stavu a o potřebných zdravotních výkonech.

**Poskytování informací o mém zdravotním stavu**

□ zakazuji kterékoliv osobě

□ povoluji těmto osobám:

………………………………………………………………………………………………………………………………

Prosíme, uveďte, **komu jsme oprávnění poskytnout informace o tom, že jste byl/a ošetřena** **v našem zdravotnickém zařízení a o Vašem zdravotním stavu (kontaktní osoba, osoby):**

1…………………………………………………………………………………………………………………….………

2…………………………………………………………………………………………………………………….………

*Jméno, příjmení, adresa, vztah k Vám, telefon, případně jiné kontaktní údaje*

*Pokud si přejete, nemusíte uvádět všechny oprávněné osoby konkrétně, ale pouze uvést např. „manžela a děti, apod.“* ***V každém případě však uveďte alespoň jednu osobu konkrétně s kontaktními údaji. Pokud neuvedete kontaktní osobu, nebudou informace o Vašem ošetření a Vašem zdravotním stavu podávány!***

**Výše uvedené kontaktní osobě/kontaktním osobám mohou být sděleny:**

veškeré informace o mém zdravotním stavu

informace o mém zdravotním stavu pouze v následujícím rozsahu:

…………………………………………………..…………………………………………………………………..

**Způsob sdělení informací:**

ústně písemně telefonicky formou SMS …………..……………..

Uvedená kontaktní osoba/kontaktní osoby:

může nemůže **nahlížet do mé zdravotnické dokumentace**

může nemůže **pořizovat výpisy z mé zdravotnické dokumentace[[1]](#footnote-1)**

může nemůže **vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních**

**služeb (nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu) v případě, že tak nemohu s ohledem na svůj zdravotní stav učinit sám**

V souladu s ust. § 32 zákona máte možnost vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu, popřípadě můžete určit osobu/osoby, které/kterým má být tato informace podána (k vzdání se podání informace o zdravotním stavu se nepřihlíží, jde-li o informaci, že pacient trpí infekční nemocí nebo jinou nemocí, v souvislosti s níž může ohrozit zdraví nebo život jiných osob).

**Práva na podání informace o svém zdravotním stavu se**

**nevzdávám, chci být informován o svém zdravotním stavu**

**vzdávám**, s tím, že tato informace má být případně podána této osobě/těmto osobám:

……………………………………………………………………………………………………………………….

*Jméno, příjmení, adresa, vztah k Vám, telefon, případně jiné kontaktní údaje*

*Dovolujeme si Vás zdvořile informovat o tom, že shora uvedené osoby a rozsah jejich informování jste oprávněn/a kdykoli změnit. Za tímto účelem kontaktujte svého ošetřujícího lékaře nebo zastupujícího lékaře.*

Dále Vám sdělujeme, že podle ust. § 31 zákona je zdravotnický pracovník (zpravidla Váš ošetřující lékař) povinen informovat Vás, ale i další osoby v souladu s tím, jak jste shora uvedl/a, o příčině a původu Vaší nemoci, pokud jsou známy, účelu, povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jeho předpokládaném přínosu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Informace o těchto skutečnostech Vám budou sděleny a souhlasy s poskytnutím zdravotních služeb vyžádány ke každému výkonu zvlášť.

Pacientovi, kterému byla podána informace o jeho zdravotním stavu nebo se podání informace vzdal a který odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, nejde-li o případ, kdy lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu, je opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život. Jestliže pacient i nadále odmítá vyslovit souhlas, učiní o tom písemné prohlášení (revers).

Váš souhlas s poskytnutím zdravotních služeb můžete odvolat. Odvolání souhlasu však není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození Vašeho zdraví nebo ohrožení Vašeho života.

V Šumperku dne ……………………… hod. …………………..

Pacient/zákonný zástupce: Zdravotnický pracovník:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SOUHLAS S NAHLÍŽENÍM DO VAŠÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE** *vyplní pacient)*

V souladu s ustanovením § 45 odst. 2. písm. i) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), Vám oznamujeme, že se na poskytování zdravotních služeb mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka (např. studenti lékařských fakult vysokých škol, studenti vysokých škol studující nelékařské zdravotnické obory, studenti středních a vyšších zdravotních škol a pedagogičtí pracovníci podílející se na výuce studentů), a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace, do které mohou nahlížet dle ust. 65 odst. 3 zákona v rozsahu nezbytném pro zajištění jejich výuky. Jako pacient však máte právo přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb a jejich nahlížení do Vaší zdravotnické dokumentace zakázat.

**S umožněním přístupu osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání k mé zdravotnické dokumentaci a s jejich přítomností při poskytování zdravotních služeb mé osobě:**

SOUHLASÍM

NESOUHLASÍM

**POUČENÍ O NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE A POŘIZOVÁNÍ VÝPISŮ ZE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE**

Zákon Vám dává právo nahlížet do zdravotnické dokumentace (dále jen „ZD“), kterou naše zdravotnické zařízení vede v souvislosti s poskytováním zdravotní péče Vaší osobě. Rovněž tak máte právo na pořízení výpisů z této ZD. Budete-li mít o tuto službu zájem, informujte svého ošetřujícího lékaře. Vašemu požadavku na výpis ze ZD jsme schopni vyhovět nejpozději do 5 pracovních dnů ode dne vznesení takového požadavku, nicméně upozorňujeme, že zákonná lhůta v tomto případě činí 30 dnů. Dovolujeme si Vás rovněž upozornit, že vyhotovení výpisu ze ZD je souladu s ust. § 66 odst. 3 zákona zpoplatněna a její cena je 200 Kč vč. DPH za jednu stranu kopie.

V Šumperku dne ……………………… hod. ………………….. ………….……………………………………

Vlastnoruční podpis pacienta

(případně zákonného zástupce/zák.zástupců)

1. *Za vyhotovení výpisu je v souladu s ust. § 66 odst. 3 zákona požadována úhrada ve výši 200 Kč a za jejich případné odeslání žadateli může být požadována úhrada nepřesahující náklady spojené s jejich odesláním* [↑](#footnote-ref-1)