**Souhlas pacienta**

Poskytovatel zdravotních služeb

Název: Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost

Sídlo: Malostranské náměstí 24, Praha 1, 118 00

Tel. 257533454

e-mail: info@pediatriemalastrana.cz

(dále jen „poskytovatel“)

Zákonný zástupce:…………………………………………….

Datum narození:……………………………………………….

Bydliště:……………………………………………………………

Email:………………………………………………………………..

Tel.:………………………………………………….

1. Pacient – dítě: 3. Pacient – dítě:

Jméno/příjmení:……………………………….. Jméno/příjmení:………………………………..

Datum narození:………………………………. Datum narození:………………………………..

1. Pacient – dítě: 4. Pacient – dítě:

Jméno/příjmení:……………………………….. Jméno/příjmení:………………………………..

Datum narození:………………………………. Datum narození:…………………………………...

Zákonný zástupce výslovně žádá poskytovatele, aby veškeré informace o zdravotním stavu pacienta - dítěte byly zasílány prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu na e-mailovou adresu:

…………………………………………………………,

anebo

byly tyto informace poskytovatelem sděleny telefonicky na základě uvedení hesla, které

zní…………………………………………

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 zákonného zástupce zaslány na výše uvedeným e-mail, a to prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu, příp. sděleny na základě uvedení výše uvedeného hesla.

Poskytovatel výslovně zákonného zástupce upozorňuje, že takto postupuje na jeho žádost a nenese žádnou odpovědnost za případné chybné, neúplné či jinak nežádoucí doručení či nakládání s těmito informacemi.

Zákonný zástupce sděleným informacím rozumí, bere je na vědomí a nadále žádá o zasílání informací na uvedenou emailovou adresu, což potvrzuje níže svým podpisem

V…………… dne…………………………..

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

 Poskytovatel Zákonný zástupce dětského pacienta