

**SOUHLAS V AMBULANTNÍ PÉČI***

Jméno a příjmení:		r. č.:		
Vážená paní, vážený pane, vítáme Vás ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (dále jen VFN). Jsme připraveni Vám pomoci a usnadnit Vám pobyt a průběh léčeni.				
VFN je výukovým a vědeckým pracovištěm. Pod dohledem zdravotníků zde vykonávají svou praxi osoby připravující se k výkonu povolání (studenti, stážisti). Jejich výuka není možná bez Vaší spolupráce. Proto prosíme o pochopení, trpělivost a souhlas, aby tyto osoby mohly nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace a mohly být přítomné při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě. Uvedený souhlas máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete kdykoliv odvolat.				
Souhlasím s přítomností osob připravujících se na výkon povolání včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace.			<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Pro vědecké a výukové účely je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci VFN měli přístup do Vaší zdravotnické dokumentace a mohli si z ní pořizovat potřebné výpisy a kopie. Použité údaje v takovém případě mohou být uveřejněny pouze v anonymizované podobě, ze které nelze poznat Vaši identitu. Uvedený souhlas máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete kdykoliv odvolat.				
Souhlasím s výše uvedeným zpracováním mých osobních údajů.			<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Prohlašuji, že si přeji, aby níže uvedené osoby byly oprávněny: 1. získat informace o mém zdravotním stavu, 2. nahlížet do mé zdravotnické dokumentace (ZD) a pořizovat si z ní kopie nebo výpisy, 3. vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, nebudu-li toho s ohledem na svůj zdravotní stav schopen/a (zástupný souhlas).				
Jméno a příjmení, vztah k pacientovi, kontakt Rozsah informace (vše / specifikace rozsahu)	Získání informace o zdravotním stavu (ad 1)	Nahlížení do ZD (ad 2)	Kopie, výpisy (ad 2)	Zástupný souhlas (ad 3)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosíme Vás o určení způsobu informování Vás/Vámi určené osoby:	<input type="checkbox"/> osobně			<input type="checkbox"/> telefonicky, e-mailem, SMS, faxem
Heslo pro komunikaci (které sdělíte určené osobě sám/sama):				
Zakazuji poskytovat informace o mém zdravotním stavu těmto osobám:				
Jméno a příjmení	Vztah k pacientovi			

V Praze dne:

.....
podpis pacienta/jméno a podpis
zákonného zástupce a jeho vztah k
pacientovi/jméno a podpis opatrovníka.....
jméno a podpis zdravotnického
pracovníka

verze číslo:	platnost od:	tisk:
--------------	--------------	-------