



**Nepřeji si, aby z osob blízkých (příbuzní v řadě přímé, sourozenci, manžel/ka nebo partner/ka podle zákona o registrovaném partnerství) dostaly informace o mém zdravotním stavu následující osoby:**

Jméno a příjmení <sup>*)</sup>	Vztah k pacientovi

**Beru na vědomí, že tyto osoby blízké nezískají informace o mém zdravotním stavu ani po mé smrti.**

Hradec Králové dne .....v.....hod.

.....  
Jmenovka a podpis lékaře/ky

Hradec Králové dne .....v.....hod.

.....  
Podpis pacienta/ky

<sup>/x</sup> Nehodící se škrtněte

<sup>\*)</sup> Prázdné kolonky proškrtněte.