

FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ

Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

IČO: 00179906

.....
pracoviště

Rozhodnutí pacienta/pacientky o zacházení s informacemi o jeho zdravotním stavu
(záznam o souhlasu s poskytováním informací)

Pacient/ka /x/ Rodné číslo.....
jméno příjmení titul

oddělení

Škrtněte neplatnou variantu:

CHCI / NECHCI^{/x/}, znát informace o mém zdravotním stavu.

SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM^{/x/},

aby informace o mém zdravotním stavu mohly být předávány i dalším osobám.

Určuji, aby osobou, která má právo na informace o mém zdravotním stavu, byl/a zejména:

.....
Jméno, příjmení, vztah k pacientovi

telefon..... Adresa

Má/Nemá právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace.^{/x}

Má/Nemá právo pořizovat si výpisy nebo kopie mé zdravotnické dokumentace.^{/x}

MÁ / NEMÁ^{/x}

právo rozhodovat o poskytnutí zdravotních služeb mé osobě v době, kdyby mi můj zdravotní stav nedovolil vyjádřit své rozhodnutí o navrhované léčbě.

Přeji si dále, aby osoba/y uvedená/é v tabulce BYLA/Y informována/y o mém zdravotním stavu a dále oprávněna/y k:

Jméno, příjmení,	Vztah k pacientovi/ telefon	Rozsah informace o zdravotním stavu	Nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a jiných zápisů, vztahujících se k mému zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů. ^{/x}
			ano/ne
			ano/ne

			ano/ne
			ano/ne
			ano/ne
			ano/ne

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 ^{*)}	Vztah k pacientovi

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

Hradec Králové dnev.....hod.

.....
Jmenovka a podpis lékaře/ky

Hradec Králové dnev.....hod.

.....
Podpis pacienta/ky

^{/x} Nehodící se škrtněte

^{*)} Prázdné kolonky proškrtněte.