



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

IČ 00064165, tel. 224961111

SOUHLAS V AMBULANTNÍ PÉČI *



F-VFN-131

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 léčení.

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. ☐ ano ☐ 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 Vaší identitu.

Uvedený souhlas máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete kdykoliv odvolat.

Souhlasím s výše uvedeným zpracováním mých osobních údajů. ☐ ano ☐ 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, nebude-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)
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Prosíme Vás o určení způsobu informování Vás/Vámi určené osoby:

☐ **osobně** ☐ **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: