

## Souhlas pacienta

Poskytovatel zdravotních služeb

Název: chirurgická ambulance Remus

Sídlo: Žlutická 9, Plzeň 32300

Telefon 377 520 758

e-mail: chirurgie@chirurgieremus.cz

(dále jen „poskytovatel“)

Pacient

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Telefon:

e-mail:

(dále jen „pacient“)

Pacient výslovně žádá poskytovatele, aby veškeré informace o jeho zdravotním stavu 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 pacienta zaslány na výše uvedený e-mail pacienta, a to prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu, příp. budou sděleny na základě uvedení výše uvedeného hesla.

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

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

V..... dne.....

.....

za poskytovatele

.....

pacient