



## 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, 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:

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: