

Souhlas s poskytnutím informací o zdravotním stavu

Pacient

Jméno a příjmení:

Datum narození:

E-mail:

Telefonní kontakt:

Adresa (ulice, číslo popisné, město, PSČ):

Udělují souhlas, aby informace o mém zdravotním stavu mi byly zasílány elektronicky, prostřednictvím e-mailové adresy. Uvědomuji si, že se jedná o nezabezpečenou formu komunikace a že mi touto cestou budou zaslány osobní údaje zvláštní kategorie. Přijímám zodpovědnost za eventuální únik těchto údajů, k němuž může dojít v souvislosti s použitím mnou požadovaného způsobu odeslání.

☐ souhlasím ☐ nesouhlasím

Udělují souhlas pro poskytnutí informací o mém zdravotním stavu mně nebo mnou určené osobě, a to telefonicky na základě sdělení hesla určeného pro tuto komunikaci.

Určená osoba

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Heslo:

Souhlas udělují na období:

Datum	Podpis pacienta	Jmenovka a podpis lékaře

Souhlas s poskytnutím informací o zdravotním stavu

Pacient

Jméno a příjmení:

Datum narození:

E-mail:

Telefonní kontakt:

Adresa (ulice, číslo popisné, město, PSČ):

Udělují souhlas, aby informace o mém zdravotním stavu mi byly zasílány elektronicky, prostřednictvím e-mailové adresy. Uvědomuji si, že se jedná o nezabezpečenou formu komunikace a že mi touto cestou budou zaslány osobní údaje zvláštní kategorie. Přijímám zodpovědnost za eventuální únik těchto údajů, k němuž může dojít v souvislosti s použitím mnou požadovaného způsobu odeslání.

☐ souhlasím ☐ nesouhlasím

Udělují souhlas pro poskytnutí informací o mém zdravotním stavu mně nebo mnou určené osobě, a to telefonicky na základě sdělení hesla určeného pro tuto komunikaci.

Určená osoba

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Heslo:

Souhlas udělují na období:

Datum	Podpis pacienta	Jmenovka a podpis lékaře