

Žádost o předávání informací elektronicky v nezabezpečené podobě

Jméno a příjmení pacienta:	Datum narození pacienta (případně číslo pojištění):
Jméno a příjmení jeho*) zákonného zástupce / opatrovníka / zmocněnce:	Datum narození*):

*) vyplňte jen tehdy, pokud je pacient zastoupen jinou osobou (zakroužkujte typ této zastupující osoby)

Já, výše uvedený pacient (jeho zákonný zástupce / opatrovník / zmocněnec) tímto výslovně žádám, aby Fakultní nemocnice Olomouc (FNOL) jako poskytovatel zdravotních služeb na níže uvedené kontakty předávala informace (osobní údaje pacienta, včetně citlivých osobních údajů, zejména údajů o zdravotním stavu) **v nezabezpečené podobě za účelem zvýšení dostupnosti informací o poskytovaných zdravotních službách pacientovi (případně jeho oprávněnému zástupci).**

Telefonní číslo	E-mailová adresa

Poučení pro osobu podepisující žádost

FNOL jako poskytovatel zdravotních služeb neodpovídá za to, zda uvedené telefonní číslo / e-mailová adresa jsou dostatečně zabezpečeny před přístupem neoprávněné osoby pro předávání citlivých dat a zdravotnické dokumentace ve smyslu platných právních předpisů, zejména nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a prováděcí vyhlášky č. 444/2024 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

FNOL výslovně upozorňuje žadatele, že **z její strany zasláná e-mailová nebo SMS komunikace na základě této žádosti nebude nijak zabezpečena** (např. zašifrováním přiložených dokumentů nebo textového obsahu e-mailových nebo SMS zpráv apod.) – **žadatel s tímto nezabezpečeným zasíláním údajů výslovně souhlasí.**

V případě, že FNOL zjistí informace, jejichž předání nesnese odkladu a jsou v zájmu zdraví pacienta, nebo kdy pacient sám žádá o předání informací o svém zdravotním stavu elektronicky, pak FNOL může využít všechny druhy kontaktních spojení uvedené v této žádosti, aby tyto informace předal.

FNOL zařadí podepsaný originál žádosti do zdravotnické dokumentace pacienta a kopii obdrží podepisující. Žádost o předávání informací elektronicky v nezabezpečené podobě je možné kdykoli odvolat nebo upravovat opět písemnou žádostí a údaje uvedené v žádosti (např. kontaktní spojení) je možné měnit jen se souhlasem podepisujícího. Ve zdravotnické dokumentaci pacienta musí být uvedeno datum změny údajů a jaké údaje byly změněny, resp. kdy došlo k odvolání uděleného souhlasu.

Pokud dojde ke změně práv podepisujícího (např. pacient dosáhl plnoletosti, podepisující osoba přestala být zákonným zástupcem a pacient je stále v péči FNOL), pak musí být podepsána nová žádost o předávání informací v nezabezpečené podobě, původní pozbývá okamžikem vyrozumění FNOL o změně práv platnosti.

Datum/čas	Podpis pacienta (jeho zákonného zástupce / opatrovníka / zmocněnce)

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina