**Poskytnutí informací o zdravotním stavu pacienta**

*Poskytovatel zdravotních služeb:*

Název: Oční klinika Zlín, Z.O.C. SE, IČ 24144797

Sídlo provozovny: Zlín, Slovenská 5184

Tel.: 577 430 477 a 602 508 080

e-mail: info@klinikazlin.cz

(dále jen „poskytovatel“)

*Pacient:*

Jméno/příjmení:…Jiří Veselý

Datum narození:… 16.8.1962

Bydliště:… Jížní čtvrť I/17

75002 Přerov

Tel.:…732 713 614

e-mail:…erik.jiv@gmail.com

(dále jen „pacient“)

Pacient výslovně žádá poskytovatele, aby v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb veškeré informace obsahující lékařské zprávy, výsledky z laboratoře a další výstupy a dokumenty, stejně jako osobní údaje a zvláštní osobní údaje pacienta 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:

**jméno+příjmení pacienta+ jeho RČ.**

Poskytovatel výslovně pacienta upozorňuje, že takto postupuje na jeho žádost a nenese 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 e-mailovou adresu, případně o jejich poskytování telefonicky na základě uvedení výše uvedeného hesla, což potvrzuje níže svým podpisem.

V Olomouci dne 4.10. 2021 ……………………………………………………………………..….

Ověřený podpis pacienta