

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s pořízením obrazových záznamů

Já níže podepsaný/á

Pacient jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:
Adresa trvalého pobytu zákonného zástupce (opatrovníka):	

uděluji tímto výslovný souhlas k tomu, aby Fakultní nemocnice Olomouc, Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc, (dále jen „FNOL“), IČ 00098892, pořídila obrazový materiál v souvislosti s provedením diagnostické/léčebné metody či výkonu.

Diagnostická/léčebná metoda, výkon:

bude provedena na mé osobě nebo výše uvedeném pacientovi, jehož jsem zákonným zástupcem.

Souhlas se týká pořízení obrazových záznamů (fotodokumentace, videozáznamu), a to vše při zachování lidské důstojnosti a občanské cti.

FNOL prohlašuje, že všechny obrazové materiály budou použity v souvislosti s uvedenou diagnostickou metodou, ev. v přiměřené míře pro účely vědecké a mediální.

Prohlašuji, že tento souhlas je zcela dobrovolný, že na mě nebyl činěn žádný nátlak a všemu, co je zde uvedeno, jsem bez výhrad porozuměl.

Tento souhlas uděluji na dobu neurčitou a mám právo jej vůči FNOL kdykoli písemně odvolat.

V Olomouci dne:	Podpis pacienta (zákonného zástupce):

V Olomouci dne:	Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka:	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka:

Vyhotovení informovaného souhlasu:

1x pro pacienta

1x k uložení do zdravotnické dokumentace pacienta ve FNOL