

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce)
se zpracováním osobních údajů**

Jméno a příjmení pacienta:.....r.č.....

Bydliště pacienta:.....

Vážená paní, vážený pane,
na základě posouzení Vašeho zdravotního stavu (zdravotního stavu osoby Vámi zastupované)

Souhlas pacienta (zákonného zástupce):

Byl(a) jsem seznámen(a) s postupem léčby, vyšetření a ošetření v ambulantním zařízení MUDr.Milana Lexy a poučen(a) o jeho rozsahu. Měl(a) jsem možnost vyptat se na podrobnosti. Poučení jsem rozuměl(a). Potvrzuji, že jsem byl(a) poučen(a) o svých právech na ochranu osobních údajů, zejména o skutečnosti, že tento souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Souhlasím, aby údaje o mé osobě (o osobě mnou zastupované), včetně citlivých údajů o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu osoby mnou zastupované), byly poskytnuty ostatním lékařům, zdravotnickým zařízením a mé zdravotní pojišťovně pokud se poskytují za účelem další léčby a vyšetření.

Tento souhlas uděluji dobrovolně na dobu do.....

V Praze, dne.....20.....

.....
Jméno a podpis osoby,
která poučení poskytla

.....
Podpis pacienta
(zákonného zástupce)

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:.....Datum narození:.....

Vztah k pacientovi:.....