

**Souhlas s poskytováním informací osobám určeným pacientem
Určení osob oprávněných vyslovit za pacienta souhlas nebo nesouhlas s
poskytnutím zdravotních služeb**

Poskytovatel zdravotních služeb

Androgeos, spol. s r.o., IČ 27089045, se sídlem Na Valech 4/289, 160 00, Praha 6, zapsaná v OR vedeném Městským soudem v Praze pod sp. zn. C 95425

Pacient

jméno a příjmení _____

datum narození/číslo pojištěnce (RČ) _____

Já, níže podepsaný pacient, určuji níže uvedené osoby a stanovím rozsah jejich oprávnění:

Oprávněná/é osoba/y (uvést jméno a příjmení, datum narození, adresu bydliště)

Oprávněná/é osoba/y má/mají právo na informace o mém zdravotním stavu

Rozsah oprávnění veškeré informace o zdravotním stavu
 omezený rozsah (konkrétně uvést):

Oprávněná/é osoba/y může/mohou nahlížet do mé zdravotnické dokumentace/požít kopie nebo výpisy ze zdravotnické dokumentace

Rozsah oprávnění celá zdravotnická dokumentace
 omezený rozsah (konkrétně uvést):

Oprávněná/é osoba/y může/mohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě, pokud nebudu ze zdravotních nebo jiných důvodů schopen platný souhlas nebo nesouhlas udělit

Souhlas se uděluje na dobu od do
 na dobu neurčitou

Já, níže podepsaný pacient, určuji osobu/y, které/kterým nelze informace o mém zdravotním stavu poskytnout (uvést jméno a příjmení, datum narození)

V Praze dne _____

_____ podpis pacienta