

Souhlas pacienta

Poskytovatel zdravotních služeb

Název: *Obvodák z Čeladné s.r.o.*

IČO: *07160224*, **IČP:** *86525001*

Sídlo: *Čeladná 1, 73912*

Tel: *558 684 044*

E-mail: *info@obvodakzceladne.cz*

(dále jen „poskytovatel“)

Pacient

Jméno, Příjmení, tit.: _____

Datum narození: _____

Bydliště: _____

Tel: _____

E-mail: _____

(dále jen „pacient“)

Pacient výslovně žádá poskytovatele, aby e-recepty a veškeré jeho informace o zdravotním stavu byly zasílány prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu na výše uvedenou e-mailovou adresu pacienta, případně budou tyto informace poskytovatelem sděleny telefonicky na základě uvedení hesla (kombinace 4 číslic), které zní:

--	--	--	--

Poskytovatel pacienta poučil, že v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb obsahují lékařské zprávy, výsledky z laboratoře a další výstupy a dokumenty osobní údaje a zvláštní osobní údaje pacienta, které budou na žádost pacienta zaslány na výše uvedený e-mail pacienta, a to prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu, příp. sděleny na základě uvedení výše uvedeného hesla. 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 zaslání informací na uvedenou emailovou adresu, což potvrzuje níže svým podpisem.

V Čeladné, dne: _____

Poskytovatel

Pacient