

**Souhlas pacienta s nahlížením do zdravotnické dokumentace,  
s pořizováním výpisů nebo kopií z ní a s poskytováním informací o jeho  
zdravotním stavu**

Já, níže podepsaný/á

\_\_\_\_\_

(titul, jméno, příjmení)

datum narození

\_\_\_\_\_

bytem

\_\_\_\_\_

**určuji tímto**

ve smyslu § 65 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů,

pana/paní/právníckou osobu

\_\_\_\_\_

bytem/se sídlem

\_\_\_\_\_

datum narození

\_\_\_\_\_

jako fyzickou osobu/právníckou osobu, která je oprávněna nahlížet do mé zdravotnické dokumentace vedené poskytovatelem zdravotních služeb Nemocnicí České Budějovice, a.s., se sídlem B. Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice, IČ 260 68 877 (dále jen „Nemocnice“), a pořizovat si z ní kopie nebo výpisy, a to

a) v plném rozsahu

b) v rozsahu omezeném na

\_\_\_\_\_

a zároveň

**uděluji souhlas**

ve smyslu ust. § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů,

s tím, aby Nemocnice a její zdravotničtí pracovníci sdělili/sdělovali výše uvedené fyzické osobě/právnícké osobě údaje nebo jiné skutečnosti, které se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb a které se týkají mého zdravotního stavu, a to

a) v plném rozsahu

b) v rozsahu omezeném na \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Úředně ověřený podpis pacienta