

## **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: .....

dat. nar.: .....

Adresa trvalého bydliště vč. PSČ:.....

**tímto určuji**

ve smyslu § 65 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZZS“),

Titul, jméno, příjmení/název právnické osoby:.....

datum narození/IČO:.....

trvalé bydliště/se sídlem:.....

jako fyzickou osobu/právnickou 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

*Označte (zaškrtněte) Vámi zvolenou variantu:*

- v plném rozsahu
- v rozsahu omezeném na:.....

a zároveň

**uděluji souhlas**

ve smyslu ust. § 51 odst. 2 písm. b) ZZS

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

*Označte (zaškrtněte) Vámi zvolenou variantu:*

- v plném rozsahu
- v rozsahu omezeném na: .....

V ..... dne .....

.....

**Úředně ověřený podpis pacienta**