Hélio – centrum pro duševní zdraví s.r.o., Frýdecká 439, 199 00 Praha 9 – Letňany

**Souhlas s poskytnutím informací a s nahlédnutím do zdravotnické dokumentace.**

Veškeré údaje a informace o Vašem zdravotním stavu jsou chráněny povinnou lékařskou mlčenlivostí a nemohou být bez Vašeho souhlasu sděleny nikomu kromě výjimek, které vyplývají ze zákona.

V případě, že souhlasíte s podáním informací o Vaší léčbě v našem zdravotnickém zařízení, informací o Vašem zdravotním stavu, příp s nahlédnutím do zdravotnické dokumentace, sdělte nám prosím jména příslušných osob.

V případě, že s podáváním informací nesouhlasíte, ani s nahlédnutím do dokumentace, ponechte kolonky prázdné, pouze zakroužkujte možnost “nesouhlasím” a formulář podepište spolu s Vaším ošetřujícím lékařem.

**Jméno a příjmení:** …........................................................... **r.č.:**...............................................

**A) souhlasím s podáním informací** o léčbě a o zdravotním stavu těmto osobám:

1. jméno a příjmení: …............................................................. vztah k Vaší osobě: ...........................................

2. jméno a příjmení: …............................................................. vztah k Vaší osobě: ...........................................

3. jméno a příjmení: …............................................................. vztah k Vaší osobě: ...........................................

 **nesouhlasím s podáním informací** o léčbě a o zdravotním stavu žádné osobě.

**B) souhlasím s nahlédnutím** do zdravotnické dokumentace těmito osobami:

1. jméno a příjmení: …............................................................. vztah k Vaší osobě: ...........................................

2. jméno a příjmení: …............................................................. vztah k Vaší osobě: ...........................................

3. jméno a příjmení: …............................................................. vztah k Vaší osobě: ...........................................

 **nesouhlasím s nahlédnutím** do zdravotnické dokumentace

**C)** Vzhledem k ochraně osobních údajů je nutné, abyste si zvoli/a heslo, kterým se prokážete při telefonické konzultaci svého zdravotního stavu. Heslo si někam k sobě dobře zapište, abyste ho měli k dispozici.

**Heslo pro telefonickou komunikaci:** ………………………………..

**D)** Pokud s námi chcete komunikovat e-mailem nebo v případě nutnosti obdržet recept prostřednictvím e-mailu, uveďte svou e-mailovou adresu. Uvedením e-mailové adresy současně berete na vědomí, že komunikace přes e-mail není zabezpečená a že nemůžeme ručit za případný únik Vašich osobních a citlivých údajů.

**E-mailová adresa**: ……………………………………………

V Praze dne …......... ….............................................. ................................................

 podpis pacienta podpis ošetřujícího lékaře