

## Souhlas pacienta

s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu třetí osobě, s odběry krve na vyšetření, s injekční léčbou, s nahlížením osob získávající způsobilost k výkonu povolání do jeho zdravotnické dokumentace

**Pacient/ka**

Jméno, Titul: \_\_\_\_\_ RČ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Bydliště: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

1. Souhlasím s poskytováním zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení Viamedica spol. S.r.o.      **Ano**      **Ne**

2. Souhlasím, aby informace o mém zdravotním stavu souvisejících s poskytováním zdravotní péče byly poskytovány :

Komu		Způsobem			Případná specifikace omezení rozsahu informací v rámci poskytované zdravotní péče
Jméno, Příjmení	Adresa, Kontakt	Osobně	Tel.	Písemně	

3. Souhlasím s odběry na vyšetření krve, včetně HIV.      **Ano**      **Ne**

4. Souhlasím s aplikací injekcí pod kůži, do svalu, žíly, tepny, kloubů a šlach      **Ano**      **Ne**

5. Souhlasím s tím, že do mé zdravotnické dokumentace mohou nahlížet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání (studenti SZŠ a lékařských fakult)      **Ano**      **Ne**

6. Byl/a jsem informován/a o možnosti vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu      **Ano**      **Ne**

\_\_\_\_\_  
Dne :

\_\_\_\_\_  
razítko a podpis lékaře

\_\_\_\_\_  
**podpis pacienta**  
(zákonného zástupce)