

## Určení osob pro poskytování informací o zdravotním stavu

Zdravotnické zařízení:

**Pacient:**

Jméno	Bydliště	Rodné číslo

### **Prohlášení pacienta**

Žádám, aby zdravotnické zařízení poskytovalo informace o mém zdravotním stavu těmto osobám:

Jméno	Bydliště	Datum narození

Uvedené osoby mohou mým jménem vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb pacientovi. Beru na vědomí, že k předávání informací o zdravotním stavu pacienta dochází vždy osobně, protože při telefonickém kontaktu nelze spolehlivě ověřit totožnost.

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

Podpis pacienta

Podpis zdravotnického pracovníka, který prohlášení přijal