**Souhlas pacienta**

Poskytovatel zdravotních služeb

Název:………………………………………

Sídlo:…………………………………………

Tel…………………………………………….

e-mail:……………………………………….

(dále jen „poskytovatel“)

Pacient

Jméno/příjmení:………………………………..

Datum narození:……………………………….

Bydliště:……………………………………………

Tel.:………………………………………………….

e-mail:………………………………………………

(dále jen „pacient“)

Pacient výslovně žádá poskytovatele, aby veškeré jeho informace o zdravotním stavu byly zasílány prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu na e-mailovou adresu ………………………………,

anebo

byly tyto informace poskytovatelem sděleny telefonicky na základě uvedení hesla, které zní…………………………………………

Poskytovatel pacienta poučil, že v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb obsahují lékařské zprávy, výsledky z laboratoře a další výstupy a dokumenty osobní údaje a zvláštní osobní údaje pacienta, které budou na žádost pacienta zaslány na výše uvedeným e-mail pacienta, a to prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu, příp. sděleny na základě uvedení výše uvedeného hesla.

Poskytovatel výslovně pacienta upozorňuje, že takto postupuje na jeho žádost a nenese žádnou odpovědnost za případné chybné, neúplné či jinak nežádoucí doručení či nakládání s těmito informacemi.

Pacient sděleným informacím rozumí, bere je na vědomí a nadále žádá o zasílání informací na uvedenou emailovou adresu, což potvrzuje níže svým podpisem

V…………… dne…………………………..

………………………………………………………. …………………………………………………….

 poskytovatel pacient