

GYNEKOLOGIE ZLÍN,s.r.o.

MUDr. Petra Pokludová

Okružní 4699,76005 Zlín

IČO 29307805

Příjmení:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Jméno :

Bydliště:

PSČ:

Titul:

Ulice :

Telefon:

E-mail.:

Informovaný souhlas o poskytování informací o zdravotním stavu

V souladu s ustanovením § 35.ods.2,písmeno b),zákona č. 372/2011 Sb, o zdravotních službách určuji oprávněnou osobu, která má právo na informace o zdravotním stavu výše uvedené pacientky od uvedeného poskytovatele zdravotních služeb.

Oprávněná osoba :

Současně určuji, že tato osoba **může - nemůže** nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy či kopie této dokumentace

Informace o zdravotním stavu mohou být sdělovány : - osobně
- telefonicky

Ve Zlíně

.....
podpis pacientky