

## **SOUHLAS REGISTRovanÉHO PACIENTA S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O JEHO ZDRAVOTNÍM STAVU DALŠÍ OSOBĚ/OSOBÁM**

**Jméno a příjmení:**

**Rodné číslo:**

**Trvalá adresa:**

**Stanovisko pacienta o určení osoby, která může být informována o jeho zdravotním stavu:**

„Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že jsem byl(a) poučen(a) o mém právu určit osobu, která může být informována o mém zdravotním stavu, zároveň jsem byl(a) poučen(a) o mém právu určení osoby nebo vyslovení zákazu kdykoliv odvolat

**Určuji osobu, která může být informována o mém zdravotním stavu:**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

Telefon:

Dne

Dne

.....  
podpis pacienta

.....  
podpis lékaře