

**Souhlas pacienta s nahlížením do zdravotnické dokumentace,
s pořizováním výpisů nebo kopií z ní a s poskytováním informací o jeho
zdravotním stavu**

Já, níže podepsaný/á..... (titul, jméno,
příjmení)

datum narození

bytem

určuji tímto

ve smyslu § 65 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění
pozdějších předpisů

pana/paní/právníckou osobu

bytem/sídlem

datum narození/IČ

osobou, která je oprávněna nahlížet do mé zdravotnické dokumentace vedené
poskytovatelem zdravotních služeb Nemocnicí Písek, a.s., se sídlem Karla Čapka 589, 397
01 Písek,
IČ 260 95 190 (dále jen „Nemocnice“), a pořizovat si její výpisy nebo kopie

a) v plném rozsahu*

b) v rozsahu omezeném

a zároveň uděluji souhlas

ve smyslu ust. § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve
znění pozdějších předpisů

s tím, aby Nemocnice a její zdravotničtí pracovníci sdělili/sdělovali výše uvedené fyzické
osobě/právnícké osobě údaje nebo jiné skutečnosti, které se dozvěděli v souvislosti
s poskytováním zdravotních služeb a které se týkají mého zdravotního stavu, a to

a) v plném rozsahu *

b) v rozsahu omezeném

*Označte (zaškrtněte) Vámi zvolenou variantu

V dne

.....
Úředně ověřený podpis.