

**Určení osob pro poskytování informací
o zdravotním stavu pacienta**

Zdravotnické zařízení:

Pediatric & Kardiologie Most s. r. o.
MUDr. Romana Balatková
Zdeňka Fibicha 2866/62, 434 01 Most, IČ: 287 32 448

Pacient:

Jméno	Bydliště	Rodné číslo

Prohlášení pacienta (zákonného zástupce pacienta):

Žádám, aby zdravotnické zařízení poskytovalo informace o zdravotním stavu pacienta nejenom pacientovi (jeho zákonnému zástupci), ale také těmto osobám:

Jméno	Bydliště	Datum narození

Uvedené osoby mohou jménem pacienta 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

Pacient nebo jeho zákonný zástupce

	Pacient	Zákonný zástupce
Vztah k pacientovi		
Jméno		
Bydliště		
Datum narození		
Podpis		

Podpis zdravotnického pracovníka, který prohlášení přijal