

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

**Zdravotnické zařízení:**

**Praktický lékař Kahoun & spol., s. r. o.**

Ordinace Kovářov 97

IČ: 281 46 492

IČZ: 362 38 445

**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