

Osobní dotazník

Základní informace:

Jméno: Příjmení:
Datum narození: Rodné číslo:

Adresa:

Ulice/obec: ČP:
Město/obec: PSČ:
Telefon: Email:

Souhlasím se zasíláním receptů na výše uvedený telefon ANO/NE, email ANO/NE (nehodící se škrtněte)

Datum: Podpis:

Informace o zpracování osobních údajů (GDPR)

Vaše osobní údaje jsou zpracovávány ve zdravotnické dokumentaci v plném souladu s platnými právními předpisy zejména v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a jeho prováděcími předpisy. Jejich zabezpečení a ochrana je zajištěna v souladu s těmito předpisy i v souladu s Obecným nařízením pro ochranu osobních údajů 2016/679.

Kromě možnosti přístupu k Vaším osobním údajům námi vedených, máte právo požadovat jejich opravu či omezení zpracování pokud zjistíte, že jsou tyto údaje nesprávné.

V případě, že se domníváte, že zpracováním osobních údajů dochází k porušení Obecného nařízení na ochranu osobních údajů Vašich práv, máte právo podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů, v místě svého obvyklého bydliště, v místě výkonu zaměstnání nebo místě, kde došlo k údajnému porušení.

Poskytování Vašich osobních údajů je zákonným požadavkem a máte, jako pacient, povinnost je poskytnout, stejně jako je má zdravotnický pracovník právo je po Vás požadovat. Neposkytnutí Vašich osobních údajů znamená, že Vám nebudeme moci poskytnout své zdravotní služby.

Seznámil/a jsem se s dokumentem „Informace pro pacienty o zpracování osobních údajů (GDPR)“, který je nedílnou součástí tohoto dotazníku a informacím jsem porozuměl/a.

Datum: Podpis:

Souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace, s pořizováním výpisů nebo kopií z ní a s poskytováním informací o zdravotním stavu jiným osobám

v souladu s ust. § 31 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“)

Dle zákona jste oprávněn/a rozhodnout o tom, kterým osobám a v jakém rozsahu jsme oprávněni poskytovat informace o Vašem zdravotním stavu a o potřebných zdravotních výkonech. Toto rozhodnutí je možné kdykoliv změnit

Souhlasím, aby o mém zdravotním stavu byly informovány osoby uvedené níže:

1. Jméno a příjmení:

Vztah: (např. manžel/ka, rodič, sourozenec, jiná osoba blízká aj.)

Kontaktní údaje: Adresa: Tel.:

Rozsah poskytnutí informace: v plném rozsahu: ANO/NE*
omezeně (specifikujte rozsah omezení).....
.....

Souhlasím s nahlížením této osoby do zdravotnické dokumentace a s pořizováním jejích výpisů nebo kopií: ANO/NE*

Souhlasím, aby tato osoba mohla vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě v případě, že nebudu moci s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit tento souhlas nebo nesouhlas osobně: ANO/NE*

2. Jméno a příjmení:

Vztah: (např. manžel/ka, rodič, sourozenec, jiná osoba blízká aj.)

Kontaktní údaje: Adresa: Tel.:

Rozsah poskytnutí informace: v plném rozsahu: ANO/NE
omezeně (specifikujte rozsah omezení).....
.....

Souhlasím s nahlížením této osoby do zdravotnické dokumentace a s pořizováním jejích výpisů nebo kopií: ANO/NE*

Souhlasím, aby tato osoba mohla vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb mé osobě v případě, že nebudu moci s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit tento souhlas nebo nesouhlas osobně: ANO/NE*

* nehodící se škrtněte

Datum:

Podpis: