

## Souhlas pacienta - oddělení MR



### **Poskytovatel zdravotních služeb**

Název: **Klinika JL - MR, s.r.o.**

Sídlo: V Hůrkách 1296/10, Praha 5, 158 00

(dále jen „poskytovatel“)

### **Pacient**

**Jméno/příjmení:** .....

**Datum narození:** ..... **Tel.:** .....

**Bydliště:** .....

.....

(dále jen „pacient“)

**Pacient výslovně žádá poskytovatele, aby veškeré jeho informace o zdravotním stavu byly zasílány prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu na e-mailovou adresu:**

.....

**(prosím, vyplňte velkými a tiskacími písmeny)**

Poskytovatel pacienta poučil, že v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb obsahují lékařské zprávy, výsledky z laboratoře a další výstupy a dokumenty osobní údaje a zvláštní osobní údaje pacienta, které budou na žádost pacienta zaslány na výše uvedeným e-mail pacienta, a to prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu.

Poskytovatel výslovně pacienta upozorňuje, že takto postupuje na jeho žádost a nenese žádnou odpovědnost za případné chybné, neúplné či jinak nežádoucí doručení či nakládání s těmito informacemi. Pacient sděleným informacím rozumí, bere je na vědomí a nadále žádá o zaslání informací na uvedenou emailovou adresu, což potvrzuje níže svým podpisem.

Pacient bere na vědomí, že e-mailová komunikace neslouží k objednávání služeb, které poskytovatel nabízí a souhlasí, že toto ujednání bude součástí jeho zdravotní dokumentace.

**V Praze dne:**

.....

**pacient**

.....

**poskytovatel**