



## Informovaný souhlas pacienta

**- Prohlašuji, že souhlasím s ambulantní péčí v Diabetologické a podiatrické ambulanci MUDr. Miroslav Koliba s.r.o.**

- Potvrzuji, že jsem byl(a) srozumitelně poučen(a): o důvodu mého přijetí do ambulantní péče, mém zdravotním stavu, povaze a předpokládaném vývoji onemocnění.

- Potvrzuji, že jsem byl(a) srozumitelně poučen(a) o právech a povinnostech pacienta, zejména o právu: požadovat informace o mém zdravotním stavu, podílet se na rozhodování o poskytování zdravotních služeb - nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, pořizovat z ní výpisy či kopie, dále - určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu a vymezit rozsah informací, které mohou být sdělovány

**Souhlasím aby o mém zdravotním stavu byl(a) informován(a):**

Jméno a příjmení, vztah: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Souhlasím, aby výše uvedená osoba (osoby) měla(y) právo:

- nahlížet do mé zdravotnické dokumentace, pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace a obdržet základní informace týkající se mého zdravotního stavu telefonicky (pokud bude znát moje rodné číslo)

**Po poučení o právu vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu jakékoliv osobě výslovně určuji, že nesouhlasím, aby o mém zdravotním stavu byly informovány jiné osoby než uvedené v tomto souhlasu.**

**Souhlasím:**

- s poskytnutím anonymních údajů pro účely vědecké, které povedou k zlepšení péče o diabetiky (studie, hodnocení efektivity léčby ambulance, fotodokumentace)

- aby mi byla poskytnuta zdravotní péče jiným lékařem ambulance v případě, že lékař, který mne pravidelně ošetřuje, není přítomen

- aby do zdravotnické dokumentace týkající se mé osoby nahlíželi v rozsahu nezbytně nutném:

- pověření auditori, za účelem kontroly kvality poskytované zdravotní péče

- pověření zaměstnanci, za účelem získání potřebných údajů v oblasti sociálně zdravotní a právní pro potřeby realizace právních úkonů v zastoupení ambulance

**Všechny tyto osoby jsou povinny o získaných informacích zachovávat zákonem uloženou mlčenlivost.**

Prohlašuji, že lékař, sestra nebo administrativní pracovník, kteří mi poskytl informace a poučení, mi zřetelně a srozumitelně vysvětlili vše, co je obsahem tohoto poučení, měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi odpověděli.

**Souhlas fyzické osoby se zpracováním osobních údajů (GDPR)**

Společnost MUDr. Miroslav Koliba s.r.o., IČ: 02102455 zpracovává Vaše osobní údaje, které budou použity výlučně pro interní potřebu a to v rámci poskytovaných služeb diabetologie a podiatrie. Osobní údaje budou k dispozici po dobu Vaší registrace a následně do doby scartace, tj. dalších 10 let. (vyhláška 98/2012 sbírky). Do Vaší zdravotní dokumentace můžete nahlížet po vyžádání. Máte možnost obrátit se se stížností na Ústav pro ochranu osobních údajů. Plné znění Souhlasu Fyzické osoby se zpracováním osobních dat je dostupné v čekárně a na vyžádání u personálu

**Souhlas s pokutou:** Svým podpisem projevuji dobrovolný souhlas s smluvní pokutou 500 Kč za neomluvenou návštěvu. Za omluvenou návštěvu se považuje zrušení kontrolního vyšetření minimálně 24 hodin předem. Na výjimečné situace bude brán zřetel.

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce \_\_\_\_\_ Ve Vratimově

Jméno zaměstnance, který vysvětlující pohovor provedl \_\_\_\_\_ Dne: \_\_\_\_\_

Ve Vratimově. Dne: \_\_\_\_\_

**V případě, že s částí souhlasu nesouhlasíte zřetelně, jej proškrtnete prosím**