

**SOUHLAS OSOBY BLÍZKÉ**  
**S NAHLÍŽENÍM DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE**  
**A S POŘIZOVÁNÍM JEJÍCH VÝPISŮ NEBO KOPÍÍ**

**Já níže podepsaný/á:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Číslo OP: \_\_\_\_\_

Trvale bytem: \_\_\_\_\_

Korespondenční adresa (v případě, že se liší od adresy trvalého bydliště):  
\_\_\_\_\_

**jako osoba blízká:**

Pacienta/Pacientky: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_, popř. datum úmrtí \_\_\_\_\_

Trvale bytem: \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna, u které byl dotyčný/á pojištěn v čase porušení práv nebo povinností při poskytování zdravotních služeb: \_\_\_\_\_

**uděluji souhlas s tím,**

aby pracovníkům Odboru zdravotnictví, Magistrátu hlavního města Prahy, pověřeným šetřením mé stížnosti, a též nezávislým odborníkům, ustaveným podle § 94 odst. 4 zákona o zdravotních službách<sup>1</sup>, byla poskytnuta k nahlížení zdravotnická dokumentace pana/paní \_\_\_\_\_, jehož/jejíž jsem osobou blízkou, a též souhlasím s pořizováním výpisů či kopií z této zdravotnické dokumentace za účelem přešetření stížnosti, která směřuje proti níže uvedenému poskytovateli zdravotních služeb:

\_\_\_\_\_

Souhlas je vydán na období šetření uvedené stížnosti do jejího ukončení.

Souhlas je možné kdykoliv písemně odvolat.

Podpisem stvrzuji, že souhlas dávám dobrovolně.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis osoby blízké

<sup>1</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů