

SOUHLAS S NAHLÍŽENÍM DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE
A S POŘIZOVÁNÍM JEJÍCH VÝPISŮ NEBO KOPIÍ

Já níže podepsaný/á:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Číslo OP: _____

Trvale bytem: _____

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

Moje zdravotní pojišťovna 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 službách¹, byla poskytnuta k nahlížení moje zdravotnická dokumentace a též souhlasím s pořizováním výpisů či kopií z této zdravotnické dokumentace za účelem přešetření mé 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

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