

**SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE NEBO OPATROVNÍKA
S NAHLÍŽENÍM DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE PACIENTA
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):

jako zákonný zástupce nebo opatrovník¹

Pacienta/pacientky _____

Datum narození: _____

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 službách², byla poskytnuta k nahlížení zdravotnická dokumentace _____, jehož/jejíž jsem zákonným zástupcem či opatrovníkem, 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 možný kdykoliv písemně odvolat.

Podpisem stvrzuji, že souhlas dávám dobrovolně.

V _____ dne _____

podpis zákonného zástupce nebo opatrovníka¹

¹ nehodící se škrtněte

² zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů