

Souhlas pacienta

Poskytovatel zdravotních služeb
Název: Angiocor s.r.o., angiologická ambulance
Sídlo: J.A. Bati 5645, 76001 Zlín
Tel: 605 169 936
e-mail: angiologie@angiocor.cz
(dále jen „poskytovatel“)

Pacient
Jméno/příjmení:.....
Datum narození:.....
Bydliště:.....
Tel.:.....
e-mail:.....
(dále jen „pacient“)

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

anebo

byly tyto informace poskytovatelem sděleny telefonicky na základě uvedení hesla, které zní.....

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, příp. sděleny na základě uvedení výše uvedeného hesla.

Poskytovatel výslovně pacienta upozorňuje, že takto postupuje na jeho žádost a nenesе 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 zasílání informací na uvedenou emailovou adresu, což potvrzuje níže svým podpisem

V..... dne.....

.....
poskytovatel

.....
pacient