

Souhlas pacienta

Poskytovatel zdravotních služeb **Praktik Jarov s.r.o.**
se sídlem Koněvova 205, Praha 3, tel.: 739 011 939, e-mail: alena@spicarova.eu
(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 následujícího hesla:

Poskytovatel výslovně pacienta upozorňuje, že takto postupuje na jeho žádost a nenese 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 Praze dne

poskytovatel

pacient