

Já: 1)

uděluji tímto lékaři **MUDr. Františku Bustovi**, z fi TS MED Bustovi s.r.o, K Leváčku 1024 ,Trhové Sviny **souhlas** se sdělením informací o povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků, ve smyslu ustanovení § 55 odstavec 2, písmeno d) zákona č. 20/1966 Sb. v tomto rozsahu: výpis z celé dokumentace 4) nebo 2)

Zároveň souhlasím s tím, aby bylo v tomto rozsahu umožněno nahlížení do mé zdravotnické dokumentace, a aby byly dány k dispozici výpisy z této dokumentace, včetně kopii zpráv a příloh z této dokumentace. Tento souhlas uděluji ke sdělení vůči:

Tento souhlas uděluji na dobu: 3)

Dále prohlašuji, že pokud neuhradí komerční pojišťovna plnou úhradu uvednou na faktůře dle ceníku ordinace, rozdíl následně doplatím.

Prohlašuji, že tento souhlas uděluji při plném vědomí, na základě své svobodné vůle a bez jakéhokoliv nátlaku či tísně. Jsem si vědom toho, že tento souhlas jsem oprávněn kdykoli odvolat a prohlašuji, že pokud se rozhodnu tento úkon provést, doručím písemné odvolání tohoto souhlasu lékaři.

V Trhových Svinech, dne:

podpis pacienta

Jméno 1):

RČ:

Bydliště:

Potvrzuji převzetí a prohlašuji, že dle tohoto souhlasu budu postupovat, tedy informace v pacientem uvedeném rozsahu, vůči níž byl souhlas udělen, na její žádost sdělím.

V Trhových Svinech dne:

podpis lékaře

1) jméno příjmení

2) konkrétně uvést vždy podle účelu - lze uvést velmi široce např.: veškeré informace, pokud jde vyhovění dožádání instituce či organizace odkázat na konkrétní dožádání např.: v rozsahu žádosti České pojišťovny a.s. ze dne 1. 1. 2004, nebo vázané na určité onemocnění, například týkající se úrazu páteře způsobeného dopravní nehodou dne 1. 1. 2004 apod.

3) uvést datum, období nebo událost (například po dobu nějakého řízení) 4) nehodící se škrtněte