

Vyjádření souhlasu / nesouhlasu s nahlížením zdravotnických pracovníků do lékového záznamu pacienta

Já, níže uvedený/á, tímto vyjadřuji svou vůli změnit oprávnění k nahlížení do mého lékového záznamu vybraným skupinám zdravotnických pracovníků, a žádám Státní ústav pro kontrolu léčiv, aby tyto změny provedl:

Jméno	
Příjmení	
Datum narození	
Adresa trvalého bydliště	

Umožnit nahlížení **lékařům** do lékového záznamu:

☐ ANO☐ NE

Umožnit nahlížení **lékárníkům** do lékového záznamu:

☐ ANO☐ NE

Umožnit nahlížení **klinickým farmaceutům** do lékového záznamu:

☐ ANO☐ NE

Svou volbu vyznačte zakřížkováním. Neoznačení žádné z možností, nebo označení obou možností současně, bude považováno za projev vůle, který není vyjádřením souhlasu ani nesouhlasu a výchozí nebo dosavadní nastavení souhlasů vztahující se k dané skupině zdravotnických pracovníků tudíž nebude měněno.

Pokud vyplňujete formulář za dítě, kterému jste zákonným zástupcem, vyplňte níže ještě své vlastní osobní údaje. Za každé dítě vyplňte samostatný formulář. Všechny formuláře, s úředně ověřeným podpisem, lze poslat v jedné obálce.

Jméno zákonného zástupce		Datum narození	
Příjmení zákonného zástupce			
Adresa trvalého bydliště			

Datum	Podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce

Podpis musí být úředně ověřen! Bez úředního ověření podpisu nemůže být formulář akceptován!

Po vyplnění, podepsání a úředním ověřením podpisu zašlete formulář na adresu:

Státní ústav pro kontrolu léčiv, oddělení eRecept, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10

Prostor pro ověřovací doložku (úřední ověření podpisu) – pacient zde nic nevyplňuje