

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. A dále přiložte k vyplněnému formuláři prostou kopii rodného listu dítěte. 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