



## ZÁZNAM O SOUHLASU S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ - NOVOROZENCI

|                                                                                                          |                                                            |                                       |                                     |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Identifikace dítěte:</b>                                                                              |                                                            | <b>Jméno matky:</b>                   |                                     |                                        |
| <b>Příjmení:</b> <i>nalepte štítek</i>                                                                   |                                                            |                                       |                                     |                                        |
| <b>Jméno:</b>                                                                                            |                                                            |                                       |                                     |                                        |
| Prohlašuji, že si přeji, aby <b>níže uvedené osoby</b> byly oprávněny:                                   |                                                            |                                       |                                     |                                        |
| 1. získat informace o zdravotním stavu dítěte,                                                           |                                                            |                                       |                                     |                                        |
| 2. nahlížet do mé zdravotnické dokumentace (ZD) dítěte a pořizovat si z ní kopie nebo výpisy,            |                                                            |                                       |                                     |                                        |
| 3. vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb dítěti (zástupný souhlas).            |                                                            |                                       |                                     |                                        |
| <b>Jméno a příjmení, kontakt</b><br><b>Rozsah informace (vše/specifikace rozsahu)</b>                    | <b>Získání informace<br/>o zdravotním<br/>stavu (ad 1)</b> | <b>Nahlížení<br/>do ZD<br/>(ad 2)</b> | <b>Kopie,<br/>výpisy<br/>(ad 2)</b> | <b>Zástupný<br/>souhlas<br/>(ad 3)</b> |
|                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>               |
|                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>               |
|                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>               |
|                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>               |
| Prosíme Vás o určení způsobu informování Vámi určené osoby:                                              |                                                            |                                       |                                     |                                        |
| <input type="checkbox"/> <b>osobně</b> <input type="checkbox"/> <b>telefonicky, e-mailem, SMS, faxem</b> |                                                            |                                       |                                     |                                        |
| <b>Heslo pro komunikaci</b> (které sdělíte určené osobě sám/sama):                                       |                                                            |                                       |                                     |                                        |
| <b>Zakazuji poskytovat informace</b> o zdravotním stavu dítěte těmto osobám:                             |                                                            |                                       |                                     |                                        |
| <b>Jméno a příjmení</b>                                                                                  | <b>Vztah k dítěti</b>                                      |                                       |                                     |                                        |
|                                                                                                          |                                                            |                                       |                                     |                                        |
|                                                                                                          |                                                            |                                       |                                     |                                        |
|                                                                                                          |                                                            |                                       |                                     |                                        |
|                                                                                                          |                                                            |                                       |                                     |                                        |

V Praze dne:

podpis zákonného zástupce dítěte

jméno a podpis  
zdravotnického pracovníka

verze číslo:

platnost od:

tisk: