

2) VYJÁDŘENÍ SOUHLASU S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ ZVOLENÉ OSOBE

Souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu v rozsahu týkajícím se onemocnění, způsobu jeho léčení a prognóze níže uvedené osobe(osobám) a beru na vědomí, že jiným osobám tyto informace poskytovány nebudou:

Jméno, příjmení, datum narození, bydliště

Souhlasím ,aby níže uvedená osoba(osoby) měla právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace:

Jméno, příjmení, datum narození, bydliště