

**Určení osob pro poskytování informací  
o zdravotním stavu pacienta**

**Zdravotnické zařízení:**

**Ordinace Kompas, s.r.o.**, Komenského 1219, 399 01 Milevsko  
IČ: 02082578                      IČZ: 36 211 429

**Pacient:**

Jméno	Bydliště	Rodné číslo

**Prohlášení pacienta (zákonného zástupce nezletilého pacienta)**

Žádám, aby zdravotnické zařízení poskytovalo informace o zdravotním stavu pacienta nejenom pacientovi (jeho zákonnému zástupci), ale také těmto osobám:

Jméno	Bydliště	Datum narození

Uvedené osoby mohou jménem pacienta vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb pacientovi. Beru na vědomí, že k předávání informací o zdravotním stavu pacienta dochází vždy osobně, protože při telefonickém kontaktu nelze spolehlivě ověřit totožnost.

V ..... dne .....

**Pacient a jeho zástupci:**

	Pacient	Matka	Otec (jiná osoba)
Jméno			
Bydliště			
Datum narození			
Podpis			

Podpis zdravotnického pracovníka, který prohlášení přijal