**Souhlas k pořízení kopie nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace**

**a k nahlížení do zdravotnické dokumentace a zproštění mlčenlivosti poskytovatele zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků**

Já, níže podepsaná/podepsaný1: ……………………………………………………………………………….

*(jméno a příjmení)*

trvalé bydliště: ……………………………………………………………………………………………............

**uděluji** oprávněným úředním osobám správního orgánu (tj. Krajskému úřadu Zlínského kraje), dále lékaři odboru zdravotnictví Krajského úřadu Zlínského kraje nebo jiným lékařům pověřeným odborem zdravotnictví vypracováním odborného stanoviska, případně nezávislým odborníkům či členům nezávislé odborné komise (pokud budou ustaveni ve smyslu § 94 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách) **souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace** vedené o uvedeném pacientovi/pacientce, **jakož i souhlas s pořízením potřebných kopií, popřípadě výpisů ze zdravotnické dokumentace** související s předmětem stížnosti u následujících poskytovatelů zdravotních služeb:

a) poskytovatel, vůči kterému stížnost směřuje *(název a adresa)*:

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

b) poskytovatelé, kteří poskytovali související zdravotní služby *(název a adresa)*:

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

c) ostatní poskytovatelé zdravotních služeb *(název a adresa) – např. zpracovatel znaleckého posudku,  
byl-li zpracován*:

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

**Uděluji souhlas** **se sdělením informací spadajících do povinné mlčenlivosti** zdravotnických pracovníků ve smyslu ustanovení § 51 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění, a dalších informací vztahujících se k případu, oprávněným úředním osobám správního orgánu (tj. Krajského úřadu Zlínského kraje). **Zprošťuji mlčenlivosti** výše jmenované poskytovatele zdravotních služeb a zdravotnické pracovníky, u kterých je vedena zdravotnická dokumentace o uvedeném pacientovi/pacientce, a to v rozsahu nezbytném pro šetření dané stížnosti.

Tento souhlas uděluji jakožto *(zakroužkujte a doplňte příslušné údaje)*:

1. **pacient:**

datum narození…………………………………………………………………………………………..

zdravotní pojišťovna…………………………………………………………………………………......

strana 2

1. **zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta:**

jméno a příjmení pacienta/pacientky1………………………………………………………………….

datum narození…………………………………………………………………………………………..

trvalé bydliště……………………………………………………………………………………………..

zdravotní pojišťovna………………………………………………………………………………….....

1. **zástupce na základě plné moci udělené pacientem:**

jméno a příjmení pacienta/pacientky1………………………………………………………………….

datum narození…………………………………………………………………………………………..

trvalé bydliště……………………………………………………………………………………………..

zdravotní pojišťovna…………………………………………………………………………………......

1. **osoba blízká2:**

vztah k pacientovi/pacientce1…………………………………………………………………………

jméno a příjmení pacienta/pacientky1………………………………………………………………….

datum narození…………………………………………………………………………………………..

trvalé bydliště……………………………………………………………………………………………..

zdravotní pojišťovna…………………………………………………………………………………......

Výše uvedený souhlas dávám dobrovolně, po zvážení všech souvisejících okolností. Beru na vědomí, že tento souhlas je vydán na období šetření stížnosti do jeho ukončení a že jej lze kdykoli písemně odvolat.

V…………………………………dne…………………………….

………………………………………..............

Podpis

1nehodící se škrtněte

2osobou blízkou je, dle ustanovení § 22 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství (dále jen „partner“); jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené   
nebo osoby, které spolu trvale žijí.