



ZÁZNAM O SOUHLASU S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ - NOVOROZENCI

Identifikace dítěte:		Jméno matky:		
Příjmení: <i>nalepte štítek</i>				
Jméno:				
Prohlašuji, že si přeji, aby níže uvedené osoby 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).				
Jméno a příjmení, kontakt	Získání informace o zdravotním stavu (ad 1)	Nahlížení do ZD (ad 2)	Kopie, výpisy (ad 2)	Zástupný souhlas (ad 3)
Rozsah informace (vše/specifikace rozsahu)	<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"/> osobně <input type="checkbox"/> telefonicky, e-mailem, SMS, faxem				
Heslo pro komunikaci (které sdělíte určené osobě sám/sama):				
Zakazuji poskytovat informace o zdravotním stavu dítěte těmto osobám:				
Jméno a příjmení	Vztah k dítěti			

V Praze dne:

.....
podpis zákonného zástupce dítěte.....
jméno a podpis
zdravotnického pracovníka

verze číslo:

platnost od:

tisk: