

Souhlas pacienta

Poskytovatel zdravotních služeb MEDLIN s.r.o. se sídlem ordinace Kamýcká 1077, Praha 6
Tel. 224383422 e-mail: info@medlin.cz
(dále jen „poskytovatel“)

Pacient

Jméno/příjmení: _____

Datum narození: _____

Bydliště: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

(dále jen „pacient“)

Pacient výslovně žádá poskytovatele, aby veškeré jeho informace o zdravotním stavu byly zasílány prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu na e-mailovou adresu

_____ nebo

byly tyto informace poskytovatelem sděleny telefonicky na základě uvedení hesla, které zní

_____ Poskytovatel pacienta poučil, že v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb obsahují lékařské zprávy, výsledky z laboratoře a další výstupy a dokumenty osobní údaje a zvláštní osobní údaje pacienta, které budou na žádost pacienta zaslány na výše uvedeným e-mail pacienta, a to prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu, příp. sděleny na základě uvedení výše uvedeného hesla.

Poskytovatel výslovně pacienta upozorňuje, že takto postupuje na jeho žádost a nenesе žádnou odpovědnost za případné chybné, neúplné či jinak nežádoucí doručení či nakládání s těmito informacemi.

Pacient sděleným informacím rozumí, bere je na vědomí a nadále žádá o zasílání informací na uvedenou emailovou adresu, což potvrzuje níže svým podpisem

V Praze dne _____

MUDr. Pavel Lindovský, MEDLIN s.r.o.
poskytovatel

pacient