FORMULÁŘ

INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA

pro poskytování informací o zdravotním stavu pacienta a nahlížením do jeho zdravotní dokumentace

Pacient

Jméno a příjmení _____ Rodné číslo _____

Kontakt _____

Souhlasím s poskytováním informací o svém zdravotním stavu v souvislosti s psychologickou péčí v ordinaci klinické psychologie nasledujícím osobám:

1 _____ narozen/a _____

2 _____ narozen/a _____

3 _____ narozen/a _____

Souhlasím, aby do mé zdravotnické dokumentace mohly nahlížet a pořizovat výpis následující osoby:

1 _____ narozen/a _____

2 _____ narozen/a _____

3 _____ narozen/a _____

Zakroužkováním ANO či NE vyjádříte svůj souhlas či nesouhlas:

ANO / NE Psycholog/terapeut zajistí nutnou ochranu mých osobních dat. Souhlasím s tím, aby můj psycholog/terapeut v tomto zdravotnickém zařízení měl k dispozici mé osobní údaje, nezbytně nutné k péči o mou osobu v tomto zařízení.

ANO / NE Je-li má péče v tomto zařízení hrazena zdravotní pojišťovnou, souhlasím s archivací mých osobních údajů po nezbytně dlouhou dobu a jejich sdílení s mou zdravotní pojišťovnou.

ANO / NE Souhlasím ze zasíláním zpráv emailem mezi poskytovateli zdravotních služeb, souvisejících s mou péčí v tomto zdravotnickém zařízení.

Informace o spolupráci jsou zcela důvěrné a v souladu s povahou naší práce je nikomu dalšímu sami neposkytujeme. Některé případy pacientů mohou být probírány se supervizorem, i vtěchto případech je maximálně zabezpečena ochrana osobních dat

Klient _____ ← *podpis* Datum _____

Psycholog/ terapeut _____ ← *podpis* Místo _____

TERAPEUTIKA, s.r.o. • Za Kačabkou 1463/9 • 102 00 Praha • IČO: 27915484 • **www.terapeutika.cz**