**Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje a.s.**  
Pospíšilova 365, 500 03 Hradec Králové, IČ: 259 97 556

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SOUHLAS S POSKYTNUTÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU A NAHLÍŽENÍM DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE**

***dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách),***

***ve znění pozdějších předpisů***

Jméno a příjmení pacienta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(dále jen „**Pacient**“)

*údaje o zákonném zástupci Pacienta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*jméno a příjmení*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*datum narození*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*bydliště*

**Pacient podpisem tohoto souhlasu uděluje** společnosti **Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje a.s.**, IČ: 259 97 556, se sídlem Pospíšilova 365, 500 03 Hradec Králové (dále jen „**ZH KHK**“), ombudsmanovi ZH KHK specifikovanému na www.zhkhk.cz a všem zaměstnancům ZH KHK podílejícím se na činnosti ombudsmana ZHKHK **souhlas s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu, nahlížením do zdravotnické dokumentace a možností pořizovat výpisy, opisy nebo kopie zdravotnické dokumentace v plném rozsahu**.

Souhlas je udělen na dobu neurčitou. Pacient bere na vědomí, že udělení souhlasu je dobrovolné a že jej může kdykoli písemně odvolat, případně změnit.

V …………………… dne …………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis Pacienta/zákonného zástupce