

Školské poradenské zařízení SPC
Fričova 199, 274 01 Slaný
tel. +420 774 582 623

SOUHLAS klienta/zákonného zástupce/opatrovníka s nahlížením do zdravotnické dokumentace, s pořizováním výpisů nebo kopií z ní a s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu

Já, níže podepsaný/á _____ (titul, jméno, příjmení)

Datum narození: _____

Adresa:

_____ určuji tímto ve smyslu § 65 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, právníkou osobu Školské poradenské zařízení SPC se sídlem Fričova 199, 27401 Slaný zastoupenou některým z níže uvedených pracovníků:

Jméno, příjmení: doc. MUDr. et PhDr. Leošem Středou, Ph.D.

Jméno, příjmení: MUDr. Irenou Judasovou

Jméno, příjmení: Mgr. Alžbětou Kratochvílovou

Jméno, příjmení: PhDr. et Mgr. Zdeňkou Michalovou, Ph.D.

jako fyzickou osobu/právníkou osobu, která je oprávněna nahlížet do mé zdravotnické dokumentace vedené poskytovatelem zdravotních služeb / do zdravotnické dokumentace níže uvedené osoby vedené poskytovatelem zdravotních služeb, kterou zákonně zastupuji:

Jméno a příjmení klienta spadajícího do péče Školského poradenského zařízení SPC:
_____ **datum narození:** _____

Uvedené osoby jsou oprávněny pořizovat si z ní kopie nebo výpisy v rozsahu omezeném za účelem zjištění zdravotních diagnóz klienta, sloužících k přesnějšímu stanovení rozsahu jeho/jejích speciálních vzdělávacích potřeb při dalším vzdělávání.

Zároveň uděluji souhlas ve smyslu ust. § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, s tím, aby odpovědní pracovníci zařízení sdělili/sdělovali výše uvedené fyzické osobě/právníké osobě údaje nebo jiné skutečnosti, které se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb a které se týkají mého/klientova zdravotního stavu, a to:

- a) v plném rozsahu
- b) v rozsahu omezeném

Podpis opatrovníka, klienta či zákonného zástupce: _____

V _____ dne _____