

**Souhlas osoby zmocněné pacientem
s nahlížením do zdravotnické dokumentace,
popřípadě pořízením kopie nebo výpisu z této dokumentace**

Já níže podepsaný/á:

jméno a příjmení:	
trvale bytem:	
datum narození:	
telefonické spojení (nepovinný údaj):	

Jako osoba zmocněná pacientem na základě plné moci ze dne:

jméno a příjmení pacienta:	(dále i „pacient“)
trvale bytem:	
datum narození:	
zdravotní pojišťovna, u které byl pacient v době porušení práv nebo povinností při poskytování zdravotních služeb pojištěn:	

S O U H L A S Í M,

aby si odbor zdravotnictví, Krajského úřadu Ústeckého kraje (dále jen „krajský úřad“) vyžádal zdravotnickou dokumentaci vedenou o výše zmíněném pacientovi, u kterého jsem vznesl stížnost proti poskytovateli zdravotních služeb dle § 93, odst. 1, písm. d zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 372/2011 Sb.“), rovněž dále souhlasím, aby oprávněná úřední osoba krajského úřadu pověřená šetřením stížností podle zákona č. 372/2011 Sb., ustanovení nezávislí odborníci, soudní znalci, znalecké ústavy či ustavení členové nezávislé odborné komise krajským úřadem, v souladu s ustanovením § 94 odst. 4 zákona 372/2011 Sb., nahlíželi do této zdravotnické dokumentace, pořizovali kopie či výpisy z této zdravotnické dokumentace.

Souhlas se vydává pro poskytovatele zdravotních služeb, kterým je:

Název poskytovatele, IČO, adresa sídla:

Stanoviska ustanovených nezávislých odborníků či ustanovených členů nezávislé odborné komise krajský úřad využije při posuzování stížnosti.

Souhlas je vydán na období šetření uvedené stížnosti do jejího ukončení.

Souhlas je možné kdykoliv písemně odvolat.

Podpisem stvrzuji, že souhlas dávám dobrovolně.

Zmocnění dokládám originálem plné moci udělenou pacientem.

V:	Dne:	Podpis:
----	------	---------