

## Souhlas se zpracováním osobních údajů pacienta

Jméno pacienta: .....

Číslo pojištění: .....

Já, výše uvedený pacient, dávám svůj výslovný souhlas zdravotnickému zařízení **MEDICINA PLUS Ambulance s.r.o.**, se sídlem Hvězdova 1601, Praha 4 - Nusle, IČO: 05668999, IČZ: 08338000 ke zpracování svých kontaktních údajů:

- za účelem sdělování výsledků vyšetření výše uvedeného pacienta telefonicky nebo e-mailem.

**Zde uveďte kontakty, na které Vám můžeme zasílat a sdělovat informace:**

Telefon/mobilní telefon:

E-mail:

**Pro ověření totožnosti před sdělením výsledku telefonicky nebo e-mailem si zvolte heslo ve tvaru čtyřmístného čísla bez mezer:**

*\* Heslo bude vyžadováno zdravotnickým personálem při telefonickém sdělení výsledku (před nahlášením výsledku). Při zasílání výsledku e-mailem bude přiložený soubor zaheslován výše uvedeným heslem.*

Souhlas uděluji po celou dobu poskytování odborné lékařské péče u výše uvedeného zdravotnického zařízení.

Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámena a poučen(a) o svých právech podle NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), zejména o svém právu tento souhlas kdykoli písemně odvolat, a to i bez udání důvodu.

V Praze dne .....

.....  
podpis pacienta