

# Vyjádření souhlasu / nesouhlasu s nahlížením zdravotnických pracovníků do lékového záznamu pacienta

Já, níže uvedený/á, tímto vyjadřuji svou vůli změnit oprávnění k nahlížení do mého lékového záznamu vybraným skupinám zdravotnických pracovníků, a žádám Státní ústav pro kontrolu léčiv, aby tyto změny provedl:

Jméno	
Příjmení	
Datum narození	
Adresa trvalého bydliště	

## Evidence elektronických receptů

Umožnit nahlížení <b>lékařům</b> do evidence elektronických receptů:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Umožnit nahlížení <b>lékárníkům</b> do evidence elektronických receptů:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Umožnit nahlížení <b>klinickým farmaceutům</b> do evidence elektronických receptů:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

## Evidence záznamů o očkování

Umožnit nahlížení <b>lékařům</b> do evidence záznamů o očkování:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Umožnit nahlížení <b>lékárníkům</b> do evidence záznamů o očkování:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Umožnit nahlížení <b>klinickým farmaceutům</b> do evidence záznamů o očkování:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

**Svou volbu vyznačte zakřížkováním.** Neoznačení žádné z možností, nebo označení obou možností současně, bude považováno za projev vůle, který není vyjádřením souhlasu ani nesouhlasu a vychází nebo dosavadní nastavení souhlasů vztahující se k dané skupině zdravotnických pracovníků tudíž nebude měněno.

Pokud vyplňujete formulář za dítě, kterému jste zákonným zástupcem, vyplňte níže ještě své vlastní osobní údaje. Za každé dítě vyplňte samostatný formulář. Všechny formuláře, s úředně ověřeným podpisem, lze poslat v jedné obálce.

Jméno zákonného zástupce		Datum narození	
Příjmení zákonného zástupce			
Adresa trvalého bydliště			

Datum	Podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce
-------	--

**Podpis musí být úředně ověřen! Bez úředního ověření podpisu nemůže být formulář akceptován!**

Po vyplnění, podepsání a úředním ověřením podpisu zašlete formulář na adresu:

**Státní ústav pro kontrolu léčiv, oddělení eRecept, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10**