

# SOUHLAS PACIENTA SE SDĚLOVÁNÍM INFORMACÍ TELEFONICKY NEBO PROSTŘEDNICTVÍM E-MAILU A SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

dle 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/ERS (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)

## PACIENT

Jméno a příjmení .....

Rodné číslo / číslo pojištěnce (cizinci) .....

Pojišťovna .....

Trvale bytem .....

(dále jako „Subjekt údajů“)

a

## ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ

Jméno: MUDr. Hana Pávková

IČO: 091 68 265

Adresa: Městys Všetaty

(dále jen „Správce“)

Já, níže podepsaný/á,

### **uděluji tímto souhlas**

aby mi Správce sděloval informace o mém zdravotním stavu, jakož i výsledky laboratorních vyšetření a konzultace mého zdravotního stavu telefonicky na základě uvedení smlouveného hesla pro komunikaci: ....., anebo mi tyto informace zasílal na níže uvedenou e-mailovou adresu.

Beru na vědomí, že se jedná o nezabezpečenou cestu komunikace s možným únikem osobních a zdravotních dat. Správce mě výslovně upozornil, že takto postupuje na mou žádost a nenese žádnou odpovědnost za případné chybné, neúplné či jinak nežádoucí

doručení či nakládání s těmito informacemi.

Současně sděluji Správci telefonní číslo a e-mail a souhlasím s jejich zpracováním za účelem organizace zdravotních služeb a sdělování informací o mém zdravotním stavu.

TELEFONNÍ ČÍSLO <sup>1)</sup> .....

E-MAIL <sup>1)</sup> .....

Prohlašuji, že tento souhlas uděluji při plném vědomí, na základě své pravé a svobodné vůle, bez jakéhokoliv nátlaku či tísně či vázanosti souhlasu na jakékoli služby poskytované Správce.

Právním titulem pro zpracování výše uvedených osobních údajů (telefonní číslo a e-mailu) je Váš souhlas.

Doba zpracování: Vaše osobní údaje budeme zpracovávat po dobu nezbytnou k dosažení shora vymezených účelů (tedy po dobu, dokud budete naším pacientem), nejdéle však do uplynutí jednoho roka poté, co přestanete být naším pacientem, nebo do odvolání tohoto souhlasu.

Prohlašuji, že jsem si výše uvedené informace přečetl(a), že jsem jim porozuměl(a) a že souhlasím s tím, aby Správce zpracovával mé osobní údaje výše uvedeným způsobem.

Dále prohlašuji, že jsem byl(a) Správcem řádně poučen(a) o zpracování a ochraně osobních údajů, zejména o možnosti tento souhlas se zpracováním údajů kdykoliv odvolat.

Odvolání souhlasu musí být učiněno písemně.

V ..... dne .....

.....  
vlastnoruční podpis  
Subjektu údajů

1) Přednostní způsob zaslání receptů a výsledků laboratorních vyšetření zakroužkujte