

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM VÝSLEDKŮ LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ JINÉ OSOBY

Já, níže podepsaný/á:,

datum narození:, požaduji, aby byly mé laboratorní výsledky
předány této osobě:

Jméno, příjmení:

Datum narození:

V Krnově dne

.....

Pacient

Upozornění: Pacient musí informovaný souhlas podepsat na odběrovém místě SZZ Krnov za přítomnosti zdravotnického pracovníka odběrového místa. V jiném případě musí být podpis pacienta úředně ověřený.

Osoba, které budou laboratorní výsledky předány, je povinna se prokázat dokladem totožnosti.

.....

Ověřil - jmenovka a podpis odpovědné osoby odběrové místnosti