



## INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM VÝSLEDKŮ LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ JINÉ OSOBĚ

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 Moravskoslezské nemocnice 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