

Souhlas pacienta

Jméno a příjmení

Datum narození

Dávám souhlas s tím, aby osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, nahlížely do mé zdravotnické dokumentace, a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.

Dávám souhlas s přítomností, popř. poskytováním zdravotních služeb osob, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, při poskytování zdravotních služeb na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.

V Praze dne

.....
Podpis pacienta/pacientky