AlergoCentrum s. r. o.
Dětská ambulance alergologie
a klinické imunologie

Dr. E. Beneše 5, 787 01 Šumperk
+420 602 319 697
ordinace@alergocentrum.cz

Souhlas s telefonickou a elektronickou komunikací

Jméno a příjmení zákonného zástupce
Jméno a příjmení pacienta
Datum narození pacienta
Trvalé bydliště
Telefon zákonného zástupce
E-mail zákonného zástupce

AlergoCentrum s. r. o., dále jen „poskytovatel“.

Pacient/zákonný zástupce výslovně žádá poskytovatele, aby na jeho žádost byly informace o zdravotním stavu zasílány prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu na výše uvedenou e-mailovou adresu, a/nebo byly sděleny telefonicky po uvedení vámi vybraného hesla.

Vámi zvolené heslo

Poskytovatel informuje, že v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb obsahují lékařské zprávy, výsledky z laboratoře a další výstupy a dokumenty osobní údaje a zvláštní osobní údaje pacienta, které budou na žádost pacienta/zákonného zástupce zaslány na výše uvedený e-mail pacienta/zákonného zástupce, a to prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu, příp. sděleny na základě uvedení výše uvedeného hesla.

Poskytovatel výslovně pacienta/zákonného zástupce upozorňuje, že takto postupuje na jeho žádost a nenese žádnou odpovědnost za případné chybné, neúplné či jinak nežádoucí doručení či nakládání s těmito informacemi.

Pacient/zákonný zástupce sděleným informacím rozumí, bere je na vědomí a nadále žádá o zasílání informací na uvedenou emailovou adresu, což potvrzuje níže svým podpisem.

V _____ dne _____

_____ _____

podpis AlergoCentrum s. r. o. podpis paciententa / zákonného zástupce