

**Souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu a zdravotní dokumentace
zdravotnickým zařízením pacientovi prostřednictvím emailu a telefonu.**

Příjmení a jméno dítěte: _____ Rodné číslo: _____

Příjmení a jméno rodiče/zákonného zástupce: _____

Rodné číslo rodiče/zákonného zástupce: _____

SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM * s poskytováním informací o mém zdravotním stavu a zasílání zdravotnické dokumentace prostřednictvím emailu a telefonu. Tyto informace se budou poskytovat pouze mně na níže uvedené kontaktní údaje a nebudou sdělovány žádným jiným osobám nebo subjektům.

* nehodící se škrtněte

Emailová adresa/y:

Telefonní číslo/a:

Datum:

Podpis:

Souhlas je platný do dne, kdy dítě dovrší 18 let věku.

Vezměte, prosíme, na vědomí, že podle zákona o ochraně osobních údajů máte právo:

- vzít souhlas kdykoliv zpět
- požadovat po nás informaci, jaké vaše osobní údaje zpracováváme
- požadovat po nás vysvětlení ohledně zpracování osobních údajů
- vyžádat si u nás přístup k těmto údajům a tyto nechat aktualizovat nebo opravit
- požadovat po nás vymazání těchto osobních údajů
- v případě pochybností o dodržování povinností souvisejících se zpracováním osobních údajů se obrátit na nás nebo na Úřad pro ochranu osobních údajů

převzal: