



## SOUHLAS S TELEFONICKOU A E-MAILOVOU KOMUNIKACÍ A S PŘEDÁVÁNÍM INFORMACÍ V RÁMCI SKUPINY RESTRIAL

### Souhlas s telefonickou komunikací

Informace Vám poskytneme telefonicky pouze na následující heslo: \_\_\_\_\_

Tímto berete na vědomí, že Vám nebudeme moct sdělit žádné informace o Vašem zdravotním stavu telefonicky, pokud sjednané heslo neuvedete.

**Souhlasím s telefonickou komunikací (pro potvrzení souhlasu zaškrtněte)**

### Souhlas s e-mailovou komunikací

Komunikace probíhá prostřednictvím **nezabezpečené** e-mailové komunikace. Komunikace bude probíhat prostřednictvím Vaší níže uvedené e-mailové adresy. Tímto berete na vědomí, že Vám nebudeme moct sdělit žádné informace o Vašem zdravotním stavu e-mailem, pokud nás budete kontaktovat z jiné e-mailové adresy.

E-mail: \_\_\_\_\_

**Souhlasím s e-mailovou komunikací (pro potvrzení souhlasu zaškrtněte)**

### Souhlas s předáváním informací v rámci skupiny ResTrial

Pokud budete pacientem více pracovišť v rámci skupiny ResTrial (pracoviště skupiny ResTrial jsou uvedena na webových stránkách [www.restrial.cz](http://www.restrial.cz)), souhlasíte, aby k informacím z Vaší zdravotnické dokumentace potřebným pro účely Vaší diagnostiky či léčby měl přístup i Váš ošetřující zdravotnický personál z jiného pracoviště v rámci skupiny ResTrial.

**Souhlasím s předáváním informací v rámci skupiny ResTrial (pro potvrzení souhlasu zaškrtněte)**

Výše uvedené souhlasy platí pro všechna pracoviště skupiny ResTrial. Souhlasy můžete kdykoli odvolat. Odvolání souhlasu může být provedeno osobně na návštěvě v naší ordinaci, e-mailem z uvedené e-mailové adresy či telefonicky po uvedení smlouveného hesla.

**Pro potvrzení, že jste výše uvedené informace přečetl/a, že jste jim zcela porozuměl/a, a že souhlasíte se sdělováním údajů o svém zdravotním stavu dle výše uvedeného, prosím, podepište níže.**

Datum: \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_