ŽIADOSŤ O POSKYTOVANIE ÚDAJOV TÝKAJÚCICH SA ZDRAVIA EMAILOM A TELEFONICKY

A: IDENTIFIKÁCIA PACIENTA A POSKYTOVATEĽA

Pacient:

Meno a priezvisko: .....
Dátum narodenia: .....
Trvalé bydlisko: .....
Unikátny identifikačný kód: .....
E-mail: .....
Tel.: .....
(ďalej v texte ako „pacient“)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

.....
so sídlom: .....
IČO: .....
e-mailová adresa: .....
(ďalej v texte ako „poskytovateľ“)

Emailová komunikácia nezaručuje dostatočnú ochranu osobných údajov, pretože nie je možné overiť, komu boli osobné údaje odovzdané. Zasielanie akýchkoľvek informácií prostredníctvom emailu sa preto neodporúča. Ak si to však pacient výslovne písomne vyžiada, je možné vo výnimočných prípadoch, kedy sa pacient nemôže osobne dostaviť k poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, zaslať prostredníctvom emailu informácie o zdravotnom stave pacienta, príp. o poskytovanej zdravotnej starostlivosti s tým, že bude dokument zaheslovaný, pričom na tento účel bude použitý unikátny identifikačný kód, ktorý bol pacientovi pridelený a ktorý pacient nesmie odovzdať žiadnej neoprávnenej osobe.

Vo výnimočných prípadoch a na výslovnú žiadosť pacienta, kedy sa nemôže osobne dostaviť k poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, je možné oznámiť pacientovi informácie o jeho zdravotnom stave, príp. o poskytovanej zdravotnej starostlivosti, telefonicky. Pri kontakte s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je pacient povinný používať unikáty identifikačný kód, ktorý mu bol pridelený. Tento kód bude poskytovateľom zdravotnej starostlivosti od pacienta, respektíve od ním určených osôb, pri telefonickom kontakte vždy vyžadovaný a bez jeho oznámenia nebudú pacientovi ani ním určeným osobám oznámené žiadne informácie.

B: ŽIADOSŤ O POSKYTOVANÍ INFORMÁCIÍ TÝKAJÚCICH SA ZDRAVIA PACIENTA EMAILOM

Týmto výslovne žiadam, aby mi informácie o mojom zdravotnom stave boli zasielané aj prostredníctvom emailovej adresy: ..... . Beriem na vedomie, že elektronická komunikácia môže byť ovplyvnená neautorizovanými prílohami alebo počítačovými vírusmi resp. iným spôsobom a že akonáhle email odíde zo servera poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, môže sa dostať do rúk iného adresáta, pričom túto skutočnosť nemôže poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nijako ovplyvniť. Beriem na vedomie, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nenesie žiadnu zodpovednosť za tieto následky a v rozsahu informácií obsiahnutých v e-mailovej správe, a v nižšie uvedenom rozsahu (informácie o zdravotnom stave/výsledky vyšetrení) poskytovateľa zdravotnej starostlivosti povinnosti zachovávať mlčanlivosť.

Prajem si emailom zasielať všetky informácie o mojom zdravotnom stave: [ÁNO] [NIE]
Prajem si emailom zasielať iba výsledky mojich vyšetrení: [ÁNO] [NIE]

Dátum a podpis pacienta: .....

C: ŽIADOSŤ O POSKYTOVANÍ INFORMÁCIÍ TÝKAJÚCICH SA ZDRAVIA PACIENTA TELEFONICKY

Výslovne žiadam, aby mi informácie o mojom zdravotnom stave boli oznamované telefonicky na čísle: ....., a to na základe oznámenia dohodnutého unikátneho identifikačného kódu, ktorý mi bol pridelený a je obsiahnutý v tomto dokumente. Beriem na vedomie, že telefonická komunikácia nemusí byť dostatočne zabezpečená a môže dôjsť k úniku osobných údajov, najmä v prípade, že unikátny identifikačný kód oznámim, či inak dám k dispozícii inej osobe. Beriem na vedomie, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nenesie žiadnu zodpovednosť za tieto následky a v rozsahu informácií oznámených telefonicky zbavujem poskytovateľa zdravotnej starostlivosti zachovať mlčanlivosť.

Prajem si telefonicky oznamovať všetky informácie o mojom zdravotnom stave: [ÁNO] [NIE]
Prajem si telefonicky oznamovať iba výsledky mojich vyšetrení: [ÁNO] [NIE]

Dátum a podpis pacienta: .....

Tento dokument na portáli mediPRAVNIK.sk zakúpil: MIND centrum s. r. o., Bratislavská 2851/97, Piešťany, 921 01, IČO: 56061862