**Souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace a pomocných záznamů zdravotnické dokumentace**

Já, níže podepsaný (á)

Jméno, příjmení: ………………….

Datum narození: …………………

Trvale bytem: ……………..

jako zákonný zástupce nezletilého pacienta

Jméno, příjmení: ………………….

Datum narození: …………………

Trvale bytem: ……………..

(dále jen „pacient“)

v souladu s ustanovením § 65 zákona č. 372/2011 Sb., zákona o zdravotních službách, v platném znění,

**výslovně souhlasím**

**výslovně souhlasím**

s tím, aby MUDr ……………….., MUDr…………….., MUDr …………………, MUDr……………., nahlíželi do zdravotnické dokumentace a pomocných záznamů zdravotnické dokumentace, které o pacientovi vede Oblastní nemocnice Trutnov, a.s., IČ: 26000237, se sídlem Maxima Gorkého 77, 541 01 Trutnov, a to prostřednictvím dálkového přístupu do nemocničního informačního systému.

Tento souhlas uděluji na dobu neurčitou, takže platí do doby, než bude z mé strany odvolán.

Prohlašuji, že význam tohoto souhlasu mi byl před jeho dáním vysvětlen, a že tento souhlas uděluji podle své pravé a svobodné vůle.

V Trutnově, dne…………….

 ----------------------------------