



Úsek Centrálních laboratoří ÚVN
U Vojenské nemocnice 1200
169 02 Praha 6

Plná moc a souhlas pacienta s předáním laboratorních výsledků osobě pacientem určené

Zmocnitel:

Jméno a příjmení pacienta	
Rodné číslo pacienta	
Bydliště pacienta	

Zmocněnec:

Zákonný zástupce	Opatrovník	Osoba blízká	Jiná *
Jméno a příjmení			
Datum narození			
Vztah k pacientovi			

Zmocnitel tímto potvrzuje, že si svobodně určil zmocněnce, který má oprávnění k vyzvednutí jeho laboratorních výsledků z pracoviště Úseku Centrálních laboratoří ÚVN ze dne

Zmocnitel si je vědom, že výsledky poskytnuté zmocněnci jsou údaje o jeho zdravotním stavu a mohou být citlivé povahy.

Zmocnitel prohlašuje, že nevyslovil vůči zmocněnci zákaz poskytovat informace o jeho zdravotním stavu v jakémkoliv prohlášení učiněném vůči ÚVN.

Tento souhlas může pacient kdykoliv písemně odvolat.

V Praze, dne

.....
Zmocnitel

Plnou moc přijímám.

.....
Zmocněnec

.....
číslo občanského průkazu

* Osoba, která projevuje skutečný zájem o pacienta a jeho zdravotní stav, obdobně viz ustanovení § 466 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění