

SOUHLAS PACIENTA S VYDÁNÍM RECEPTU JINÉ OSOBĚ

podle ustanovení čl. 28 podle NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES, v platném znění (dále jen „Nařízení“)

dává níže jmenovaná souhlas k vydávání receptů (do odvolání) vystavených v ordinaci MUDr.Haralda Čadílka na její jméno těmto osobám:

Pacientka: (vyplňte hůlkovým písmem)

.....
Příjmení Jméno rodné číslo zdrav. poj. bydliště

Recept smí být vydán těmto osobám:

.....
Příjmení Jméno datum narození

.....
Příjmení Jméno datum narození

.....
Příjmení Jméno datum narození

Při převzetí receptu se tato osoba prokáže platným dokladem totožnosti.

Souhlasím s touto praxí, která respektuje zákonná pravidla pro ochranu osobních dat. Pokud tento vyplněný dokument nepředám personálu ordinace k uložení do mé zdrav. dokumentace- karty, nemůže být recept vydán jiné osobě.

V Litomyšli dne

.....
podpis