

Informovaný souhlas pacienta

Šetření v rámci závěrečné práce studenta

Název pracoviště (klinika, oddělení):			
Já, níže podepsaný/á (jméno, příjmení, titul):			
Datum narození:			
Trvale bytem:			
Číslo pojištění:		Kód zdr. pojišťovny:	

souhlasím s předáním informací o poskytnutých zdravotních výkonech na pracovištích Fakultní nemocnice Bulovka ve formě anonymizovaných dat v rámci šetření studentů vyšších odborných zdravotnických škol, vysokých škol/univerzit bakalářského nebo magisterského zdravotního studia nebo rigorózní práce; případně v rámci specializovaného vzdělávání lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů a zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů, na téma:

.....

ANO / NE *)

V Praze dne:

.....
vlastnoruční podpis pacienta/ky
nebo jméno, příjmení a podpis
zákonného zástupce

Tento formulář pacienta se zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta.

*) nehodící se škrtněte