



FN MOTOL

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE

V ÚVALU 84, 150 06 PRAHA 5
Tel.: 22443 1111, www.fnmotol.cz**Oddělení sociální****Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce)
se zpracováním osobních údajů**

Jméno a příjmení pacienta:.....r.č.....

Bydliště pacienta:.....

Vážená paní, vážený pane,

na základě posouzení Vašeho zdravotního stavu (zdravotního stavu osoby Vámi zastupované) a sociální situace je Vám (osobě Vámi zastupované) navrženo zajištění optimálního sociálního zázemí prostřednictvím Sociálního oddělení Fakultní nemocnice v Motole. Jedná se především o tyto činnosti:

- zprostředkování ambulantních, terénních služeb sociální péče
- zprostředkování umístění v pobytovém zařízení sociální péče
- zprostředkování služeb sociální prevence
- zprostředkování ambulantních služeb zdravotní péče
- zprostředkování pobytových služeb zdravotní péče
- jednání s orgány státní správy, poštami, soudy, policií, školami
- jednání s nestátními institucemi

Poučení:

Sociální šetření bude provedeno s ohledem na Vaši situaci (situaci osoby Vámi zastupované) a Vaše rozhodnutí. Sociální pracovnice Vás seznámí s plánem a průběhem sociálního šetření a s možnými alternativami takovým způsobem a v takovém rozsahu, abyste se mohl(a) sám(a) rozhodnout, zda ji využijete či nikoli. Informované rozhodnutí vychází z porozumění možným důsledkům jednotlivých alternativ. Sociální pracovnice je povinna při řešení sociální situace dodržovat obecně závazné právní předpisy.

Pokud s navrhaným řešením souhlasíte, žádáme Vás tímto o souhlas se zpracováním osobních údajů stvrzený Vaším podpisem.

Souhlas pacienta (zákonného zástupce):

Byl(a) jsem seznámen(a) s cílem šetření a poučen(a) o jeho rozsahu. Měl(a) jsem možnost vyptat se na podrobnosti. Poučení jsem rozuměl(a). Potvrzuji, že jsem byl(a) poučen(a) o svých právech na ochranu osobních údajů, zejména o skutečnosti, že tento souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Souhlasím, aby údaje o mé osobě (o osobě mnou zastupované), včetně citlivých údajů o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu osoby mnou zastupované), za účelem zajištění optimálního sociálního zázemí, byly zpracovávány Sociálním oddělením Fakultní nemocnice v Motole.

Tento souhlas uděluji dobrovolně na dobu do.....

V Praze, dne.....20.....

.....
Jméno a podpis sociální pracovnice,
která poučení poskytla

.....
Podpis pacienta
(zákonného zástupce)

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:.....Datum narození:.....

Vztah k pacientovi:.....