**Souhlas v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění, k nahlížení do zdravotnické dokumentace (§ 94 odst. 2) udělený osobou zmocněnou pacientem dle (§ 93 odst. 1 d)**

**Já níže podepsaný/á: ……………………………………………………………………………………….**

**Datum narození: ………………………………………………………………………………………………**

**Trvale bytem: ………………………………………………………………………………………………….**

**Kontaktní adresa\*: ……………………………………………………………………………………………**

**Tel./e-mail. \*: …………………………………………………………………………………………………...**

**souhlasím,**

aby bylo nahlíženo do zdravotnické dokumentace vedené o (jméno příjmení): ………………………… ……………………………………………………………., nar. ………………………v souvislosti se šetřením stížnosti proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem souvisejícím se zdravotními službami. Současně souhlasím, aby z ní byly pořizovány kopie či výpisy za účelem šetření stížnosti na dotčeného poskytovatele zdravotních služeb. Tento souhlas platí pro Krajský úřad Jihočeského kraje, nezávislé odborníky, popřípadě pro členy nezávislé odborné komise.

Uvedený souhlas byl učiněn jako pravý, vážný a svobodný projev mé vůle a na znamení toho ho vlastnoručně podepisuji.

**V**…………………………………. **dne** ……………………………..

**Podpis:**

\*Údaje označené hvězdičkou není povinné uvádět, ale mohou sloužit pro zajištění rychlejší a efektivnější komunikace mezi stěžovatelem a správním orgánem, popř. osobami, pro které tento souhlas platí.