

**AlergoCentrum s. r.o.**  
Vřesová 2074/5, 787 01 Šumperk  
(dále jen “poskytovatel”)

**Dětská alergologická ambulance**  
Dr. E. Beneše 5, 787 01 Šumperk  
tel. 588 509 028, 602 319 697  
e-mail: ordinace@alergocentrum.cz

## **Souhlas s telefonickou a elektronickou komunikací**

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

Jméno a příjmení pacienta: .....

Datum narození pacienta: .....

Bydliště: .....

Telefon: .....

e-mail: .....

Pacient/zákonný zástupce výslovně žádá poskytovatele, aby na jeho žádost byly informace o zdravotním stavu zasílány prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu na výše uvedenou e-mailovou adresu, a/nebo byly sděleny telefonicky po uvedení hesla.

Zde, prosím, zvolte heslo: .....

Poskytovatel informuje, že v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb obsahují lékařské zprávy, výsledky z laboratoře a další výstupy a dokumenty osobní údaje a zvláštní osobní údaje pacienta, které budou na žádost pacienta/zákonného zástupce zaslány na výše uvedený e-mail pacienta/zákonného zástupce, a to prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu, příp. sděleny na základě uvedení výše uvedeného hesla.

Poskytovatel výslovně pacienta/zákonného zástupce upozorňuje, že takto postupuje na jeho žádost a nenese žádnou odpovědnost za případné chybné, neúplné či jinak nežádoucí doručení či nakládání s těmito informacemi.

Pacient/zákonný zástupce sděleným informacím rozumí, bere je na vědomí a nadále žádá o zasílání informací na uvedenou emailovou adresu, což potvrzuje níže svým podpisem

V .....

dne .....

.....  
AlergoCentrum s.r.o.

.....  
pacient/zákonný zástupce