**Krajský úřad Karlovarského kraje, odbor zdravotnictví**

**Závodní 353/88**

**360 06 Karlovy Vary**

**Písemný souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace pro Krajský úřad Karlovarského kraje, odbor zdravotnictví**

Tímto dávám krajskému úřadu písemný souhlas k přístupu a nahlížení do mé zdravotnické dokumentace, do zdravotnické dokumentace osoby blízké (osoba nemůže učinit s ohledem na svůj zdravotní stav nebo z důvodu úmrtí) či jako zákonný zástupce, opatrovník pacienta nebo osoba zmocněná pacientem dávám souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentaci **pacienta**:

Jméno a příjmení: ………………………………………………………………………………………...

Datum narození: ………………………………………………………………………………………….

jako doplnění podnětu nebo stížnostina **poskytovatele zdravotních služeb:**

Název……………………………………………………………………………………………………..

Adresa…………………………………………………………………………………………………….

v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

V Karlových Varech dne……………………………. podpis ……………………..

**Stěžovatel**

Jméno: ……………………………………………….

Příjmení: ……………………………………………..

Adresa: ……………………………………………….

Jiný kontakt: …………………………………………

**Pokud souhlas dává osoba blízká či pacientem zmocněná přiložte také souhlas od pacienta
ke zmocnění dané osoby.**