

V Hradci Králové dne 11. 9. 2018

Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové

Žadatel: [redacted]
trvale bytem [redacted] Hradec Králové
email: [redacted] [@mail.muni.cz](mailto:[redacted]@mail.muni.cz)

Věc: Žádost o poskytnutí informací

Za účelem zpracování diplomové práce a na základě zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím Vás tímto zdvořile žádám o poskytnutí:

- 1) Vzoru formuláře pro udělení souhlasu či nesouhlasu pacienta s podáváním informací, případně jakýkoliv podobný formulář, kterým pacient určuje osoby, jimž je nemocniční personál oprávněn sdělovat informace o zdravotním stavu pacienta
zasíláme v příloze
- 2) Vzoru formulářů pro udělení veškerých souhlasů či nesouhlasů pacienta se zpracováním osobních údajů, pokud takový souhlas či nesouhlas nemocnice po pacientech vyžaduje (například při přijetí na lůžkové oddělení), včetně například souhlasu či nesouhlasu s umístěním jmenovky na lůžko
souhlasy či nesouhlasy FN HK nevyžaduje, formuláře nemáme
- 3) Pokud existují, interních pokynů (směrnice, nařízení atd.) udílených zaměstnancům, dle kterých by měli zaměstnanci postupovat se vztahem k nakládání s osobními údaji pacientů (například ve vztahu k jejich ochraně)
zasíláme v příloze
- 4) Pokud existují, interních pokynů (směrnice, nařízení atd.) udílených zaměstnancům, dle kterých by měli postupovat v souvislosti se zpřístupňováním zdravotnické dokumentace třetím osobám (ať již se souhlasem pacienta anebo osobám, které jsou k tomu oprávněny ze zákona)
zasíláme v příloze
- 5) Pokud existují, interních pokynů (směrnice, nařízení atd.) udílených zaměstnancům, dle kterých by měli postupovat v souvislosti se vytvářením a s nakládáním se zdravotnickou dokumentací pacientů
zasíláme v příloze
- 6) Informaci o tom, jestli má nemocnice zodpovědnou osobu, která řeší případné žádosti/stížnosti pacientů vztahující se k ochraně osobních údajů a zdravotnické dokumentaci a pokud ano, tak název funkce této osoby a její pravomoci a oblast, které se věnuje
viz níže
- 7) Informaci o tom, v jaké podobě je vedena zdravotnická dokumentace ve smyslu vyhlášky č. 98/2012, o zdravotnické dokumentaci (tj. jestli je dokumentace vedena v elektronické či písemné podobě, případně obojí)
zdravotnická dokumentace je vedena písemně i elektronicky

- 8) Pokud je zdravotnická dokumentace vedena v elektronické podobě pak informaci o tom, prostřednictvím jakého informačního systému je vedena a jaké je v tomto systému zabezpečení (například zda má každý zaměstnanec individuální heslo atp.) viz směrnice 65, kapitola 2.2. Každý zaměstnanec má heslo.
- 9) Informaci o způsobu, jakým probíhá předávání zdravotnické dokumentace mezi jednotlivými odděleními nemocnice případně interní pokyny pro zaměstnance vztahující se k této problematice Předávání ZD na základě kontaktu zdravotník - zdravotník nebo princip "ZD jde s pacientem".
- 10) Informaci o tom, zdali má nemocnice zaměstnance zodpovědného/zodpovědné za vedení zdravotnické dokumentace

Každý zaměstnanec je zodpovědný za vedení ZD dle jeho kompetencí a přidělených práv
Informace žádám poskytnout v písemné formě a zaslat na výše uvedenou emailovou adresu.
Za poskytnutí veškerých informací předem děkuji.

S pozdravem,

██████████

Odpověď k bodu 6 - osobou odpovědnou za problematiku osobních údajů je pověřenec
- osobou odpovědnou za vyřizování stížností směřujících do vedení zdravotnické dokumentace je vedoucí odboru řízení kvality a kontroly.

.....
pracoviště

Rozhodnutí pacienta/pacientky o zacházení s informacemi o jeho zdravotním stavu
(záznam o souhlasu s poskytováním informací)

Pacient/ka /x/ Rodné číslo.....
jméno příjmení titul

oddělení

Škrtněte neplatnou variantu:

CHCI / NECHCI^{/x/}, znát informace o mém zdravotním stavu.

SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM^{/x/},
aby informace o mém zdravotním stavu mohly být předávány i dalším osobám.

Určuji, aby osobou, která má právo na informace o mém zdravotním stavu, byl/a zejména:

.....
Jméno, příjmení, vztah k pacientovi

telefon..... Adresa

Má/Nemá právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace. ^{/x}

Má/Nemá právo pořizovat si výpisy nebo kopie mé zdravotnické dokumentace. ^{/x}

MÁ / NEMÁ^{/x}

právo rozhodovat o poskytnutí zdravotních služeb mé osobě v době, kdyby mi můj zdravotní stav nedovolil vyjádřit své rozhodnutí o navrhované léčbě.

Přeji si dále, aby osoba/y uvedená/é v tabulce BYLA/Y informována/y o mém zdravotním stavu a dále oprávněna/y k:

Jméno, příjmení,	Vztah k pacientovi/ telefon	Rozsah informace o zdravotním stavu	Nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a jiných zápisů, vztahujících se k mému zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů. ^{/x}
			ano/ne
			ano/ne

			ano/ne
			ano/ne
			ano/ne
			ano/ne

Nepřeji si, aby z osob blízkých (příbuzní v řadě přímé, sourozenci, manžel/ka nebo partner/ka podle zákona o registrovaném partnerství) dostaly informace o mém zdravotním stavu následující osoby:

Jméno a příjmení ^{*)}	Vztah k pacientovi

Beru na vědomí, že tyto osoby blízké nezískají informace o mém zdravotním stavu ani po mé smrti.

Hradec Králové dnev.....hod.

.....
Jmenovka a podpis lékaře/ky

Hradec Králové dnev.....hod.

.....
Podpis pacienta/ky

^{/x} Nehodící se škrtněte

^{*)} Prázdné kolonky proškrtněte.