

## Informovaný souhlas klienta s informováním o zdravotním stavu emailem nebo telefonicky

Poskytovatel zdravotních služeb:  
Česká společnost AIDS pomoc, z.s.  
Malého 282/3, Praha 8 186 00  
Tel.: 228 224 385  
e-mail: prep@aids-pomoc.cz  
(dále jen „poskytovatel“)

Klient:

(dále jen „klient“)

Klient výslovně žádá poskytovatele, aby veškeré jeho informace o zdravotním stavu byly zasílány prostřednictvím nezabezpečeného elektronického kanálu na e-mailovou adresu:

anebo

byly tyto informace poskytovatelem sděleny telefonicky na základě uvedení hesla, které zní:

\_\_\_\_\_.

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

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

Klient sděleným informacím rozumí, bere je na vědomí a nadále žádá o zasílání informací na uvedenou emailovou adresu nebo telefonicky, což potvrzuje níže svým podpisem

V Praze dne

*Jméno a podpis lékaře:*

*Jméno a podpis klienta:*