



FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY

klinika/ambulance/telefon

Šrobárova 1150/50, 100 34 Praha 10, IČ: 00064173

### SOUHLAS S PODÁVÁNÍM INFORMACÍ

Jméno a příjmení pacienta:

č. pojištěnce/RČ/datum narození:

Bydliště :

kód ZP

Já, níže podepsaný, si přeji podávat informace po telefonu o výsledcích vyšetření pouze mé osobě, po uvedení hesla, které je:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Možnost volit číselnou/abecední kombinaci max. libovolných znaků (11)*

Přeji si, aby mi informace o výsledcích vyšetření byly sděleny po uvedení hesla elektronicky, na e-mailovou adresu, která je .....

V Praze, dne \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ v \_\_\_\_\_ hod.

\_\_\_\_\_  
**Podpis pacienta**