

PLNÁ MOC K PŘEVZETÍ LABORATORNÍCH VÝSLEDKŮ

Zmocnitel – vyšetřovaná osoba/zákonný zástupce

Jméno a příjmení pacienta:.....

Rodné číslo pacienta:.....

Trvalý pobyt pacienta:.....

tímto zmocňuji

Zmocněnec – osoba pověřená k převzetí výsledků

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:.....

Trvalý pobyt:

k osobnímu vyzvednutí mých výsledků laboratorních vyšetření ze dne
z laboratoře (OKBH, OKI) Revmatologického ústavu, na adrese Na Slupi 450/4, Praha 2,
128 00 (dále jen „Laboratoř“).

Zmocnitel tímto potvrzuje, že si svobodně určil zmocněnce, který má oprávnění
k vyzvednutí jeho laboratorních výsledků, viz výše.

Zmocnitel si je vědom, že výsledky poskytnuté zmocněnci jsou údaje o jeho zdravotním
stavu a mohou být citlivé povahy.

Zmocnitel prohlašuje, že nevyslovil vůči zmocněnci zákaz poskytování informace o jeho
zdravotním stavu v jakémkoli prohlášení učiněném vůči Revmatologickému ústavu, státní
příspěvkové organizace.

Tento souhlas může zmocnitel – pacient kdykoli písemně odvolat.

Vdne.....

.....

Zmocnitel

Plnou moc přijímám.

Vdne.....

.....

Zmocněnec