

**POTVRDENIE
O TOM, ŽE OSOBA NEMÁ ZAKÁZANÉ SPRÍSTUPŇOVANIE A POSKYTOVANIE
ÚDAJOV ZO ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE**

Podpísaný všeobecný lekár vedúci zdravotnú dokumentáciu ako celok podľa § 19 ods. 3 prvá veta zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti (ďalej len "**Zákon**") **pacienta**:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Trvalé bydlisko:

ktorý nie je vzhľadom na svoj aktuálny zdravotný stav schopný splnomocniť osobu podľa § 25 ods. 1 písm. c) Zákona a nemá zákonného zástupcu, týmto potvrdzujem, že jeho zdravotná dokumentácia neobsahuje zákaz podľa § 18 ods. 4 Zákona vo vzťahu k **osobe**:

Meno a priezvisko:

Trvalý pobyt:

ktorá o vydanie tohto písomného potvrdenia požiadala.

Toto potvrdenie bolo vydané v ambulancii podpísaného všeobecného lekára dňa:
a podľa Zákona platnosť 7 dní.

Pečiatka a podpis lekára:

Prevzala osoba dňa:

Podpis osoby: