

ŽIADOSŤ O POSKYTOVANIE ÚDAJOV O ZDRAVOTNOM STAVE  
PROSTREDNÍCTVOM ELEKTRONICKEJ KOMUNIKÁCIE

**Pacient:**

Meno a priezvisko: .....

Trvalé bydlisko: .....

Rodné číslo: .....

E-mail: .....

Telefónne číslo: ..... (vrátane IM aplikácií)

FB Messenger: [www.m.me/](http://www.m.me/).....

Iný kontakt: .....

**Poskytovateľ (zaškrtnite ambulanciu ku ktorej patríte):**

- Tornaľa** - MUDr. Erik Gyórfi v mene DOCTOR s. r. o., Behynce 161, Tornaľa, IČO: 46 184 651, zápis: Obchodný register OS Banská Bystrica, oddiel Sro, vložka č. 20229/S,
- Plešivec** - MUDr. Erik Gyórfi v mene DOCTOR s. r. o., Behynce 161, Tornaľa, IČO: 46 184 651, zápis: Obchodný register OS Banská Bystrica, oddiel Sro, vložka č. 20229/S,
- Rimavská Sobota** - MUDr. Zuzana Gyórfiová v mene DOCTOR RS s. r. o., Behynce 161, Tornaľa, IČO: 52 516 393, zápis: Obchodný register OS B. Bystrica, oddiel Sro, vložka č. 36900/S,
- Bátka** - MUDr. Zuzana Gyórfiová v mene DOCTOR RS s. r. o., Behynce 161, Tornaľa, IČO: 52 516 393, zápis: Obchodný register OS Banská Bystrica, oddiel Sro, vložka č. 36900/S.

**Pacient týmto žiada Poskytovateľa, aby mu podával informácie a sprístupňoval listiny o jeho zdravotnom stave aj prostredníctvom vyššie uvedených spôsobov elektronickej komunikácie.**

Pacient súhlasí s tým, aby vyššie uvedené údaje Poskytovateľ spracúval vo svojich informačných systémoch. Pacient vyhlasuje, že si je vedomí rizík spojených so zasielaním údajov prostredníctvom elektronickej komunikácie, ktorých prevádzkovateľmi sú osoby odlišné od Poskytovateľa. Práva a povinnosti podľa tejto listiny zanikajú zánikom Dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi Pacientom a Poskytovateľom. Zasielanie údajov podľa tejto žiadosti môže byť Pacientom kedykoľvek písomne odvolané. Poskytovateľ si vyhradzuje právo odmietnuť poskytnúť údaje podľa tejto žiadosti v prípade, ak by sa dôvodne domnieval, že by mohlo dôjsť k ohrozeniu akýchkoľvek záujmov alebo údajov pacienta.

V mieste: ..... Dňa: .....

.....  
Podpis pacienta