

Souhlas pacienta s odstraněním šperku vpraveného do těla pacienta

Souhlasím s odstraněním šperku z drahého kovu, chirurgické oceli, případně jiného kovového předmětu vpraveného do mého těla, kdy toto odstranění bude provedeno výslovně na základě mé vlastní žádosti nebo je nutné je provést v souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí mé osobě. Odstranění bude realizováno zaměstnancem *zdravotnického zařízení (uvést přesný název zdravotnického zařízení)* nebo *příslušníkem jednotky Hasičského záchranného systému Moravskoslezského kraje (uvést přesný název)*, a to s technickou podporou Hasičského záchranného sboru Moravskoslezského kraje.

Jsem si vědom všech rizik spojených s tímto odstraňováním, zejména rizika možného narušení integrity (celistvosti) lidské kůže a následků s takovým narušením souvisejících.

Prohlašuji, že jsem byl zaměstnancem *zdravotnického zařízení* informován v souladu s ustanovením § 9 písm. a) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, jakož i o právech dle § 12 a § 21 cit. zákona. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím, aby mé osobní údaje v tomto souhlasu mnou níže uvedené byly *zdravotnickým zařízením (uvést přesný název zdravotnického zařízení)*, tak jako Hasičským záchranným sborem Moravskoslezského kraje dále evidovány a zpracovávány v souvislosti s případnými nároky, právy či povinnostmi vzešlými ve spojení s mou žádostí a výše odsouhlaseným zákrokem, a to po dobu 10 let od podpisu tohoto souhlasu. Po této době žádám o skartaci osobních údajů.

Jméno, příjmení, titul

bytem (ulice číslo)

(město PSČ)

podpis

Od žadatele převzal dne podpis