



8. pěšího pluku 85
738 01 Frýdek-Místek
tel: 558 900 315

Jičínská 2349/8
130 00 Praha 3
tel: 703 151 288

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Já, níže podepsaný(á).....r.č.:.....

se zavazuji poskytnout zdravotnickému zařízení Centru lékařské genetiky, SPADIA LAB, a. s. veškeré osobní údaje a informace, vztahující se k mé osobě a rovněž k osobám mých rodinných příslušníků či osob blízkých (i zemřelých), v požadovaném rozsahu, a to za účelem provedení komplexního genetického vyšetření.

V této souvislosti uděluji ambulanci souhlas k tomu, aby si v případě potřeby vyžádala potřebné údaje ze zdravotnických dokumentací (i rodinných příslušníků), založených a vedených státními, městskými či soukromými zdravotnickými zařízeními.

Souhlasím s tím, aby společnost SPADIA LAB, a.s. poskytla mé osobní údaje a další informace jinému zdravotnickému zařízení a to v případě, že to bude nutné k došetření a upřesnění či stanovení diagnózy.

V souladu s Obecným nařízením pro ochranu osobních údajů 2016/679 (GDPR) uděluji ambulanci souhlas ke zpracování osobních údajů a informací, získaných v souvislosti s prováděním komplexního genetického vyšetření, a to v rozsahu nezbytném a účelném.

Souhlasím/nesouhlasím s tím, aby lékařská zpráva se závěrem včetně výsledků byla zaslána ošetřujícímu lékaři.

Jméno a příjmení lékaře:.....

V dne

.....
podpis