

## INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA

### s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v odbore klinická psychológia

Zdravotnícke zariadenie: .....

Klinický psychológ: .....

### Identifikačné údaje pacienta

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia / rodné číslo: .....

*(pri maloletom pacientovi vyplní zákonný zástupca)*

### Informovaný súhlas

Potvrdzujem, že som bol/a riadne, zrozumiteľne a včas poučený/á o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v odbore **klinická psychológia**, najmä o:

- účele, povahe a rozsahu psychologického vyšetrenia a/alebo liečby,
- používaných diagnostických a terapeutických postupoch,
- možných prínosoch a rizikách poskytovanej zdravotnej starostlivosti,
- alternatívach zdravotnej starostlivosti,
- práve klásť otázky a dostať zrozumiteľné odpovede,
- práve **kedykoľvek odvolať svoj súhlas**, a to aj bez uvedenia dôvodu.

Na základe uvedeného **dobrovoľne súhlasím** s poskytovaním zdravotnej starostlivosti klinickým psychológom.

### Poučenie o mlčanlivosti

Bol/a som poučený/á, že klinický psychológ je viazaný **zdravotníckou mlčanlivosťou** podľa zákona č. 578/2004 Z. z.

Zároveň som bol/a informovaný/á, že mlčanlivosť môže byť **obmedzená v zákonom stanovených prípadoch**, najmä ak:

- je ohrozený život alebo zdravie pacienta alebo iných osôb,
- ide o podozrenie z týrania, zneužívania alebo zanedbávania maloletého,
- ide o zákonnú oznamovaciu povinnosť,
- informácie sú vyžiadané oprávneným orgánom verejnej moci.

## Informácia o spracúvaní osobných údajov (GDPR)

Bol/a som informovaný/á, že moje osobné údaje vrátane údajov o zdravotnom stave sú spracúvané zdravotníckym zariadením v súlade s platnými právnymi predpismi, a to najmä za účelom:

- poskytovania zdravotnej starostlivosti,
- vedenia zdravotnej dokumentácie,
- plnenia zákonných povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Bol/a som oboznámený/á so svojimi právami, najmä právom na prístup k zdravotnej dokumentácii a na vyhotovenie jej kópie.

---

## Súhlas so sprístupnením údajov tretím osobám

*(vyplní sa len v prípade potreby)*

Udeľujem súhlas so sprístupnením údajov zo zdravotnej dokumentácie:

Komu: .....

Účel: .....

Rozsah: .....

áno     nie

---

## Záverečné vyhlásenie

Vyhlasujem, že som si tento dokument prečítal/a, jeho obsahu porozumel/a a súhlasím s ním.

V ..... dňa .....

Podpis pacienta / zákonného zástupcu: .....

Podpis klinického psychológa: .....