**Souhlas pacienta s elektronickou a telefonickou komunikací**

**Já** (jméno pacienta)………………………………….………………….,

**číslo pojišťovny/datum narození**……………….………………….

Souhlasím s tím, že mi pracovník soukromé ambulance **MUDr. Dana Vícenová**, pracoviště: Vltavínská 1289, 674 01 Třebíč, IČZ: 79603000, info@alergologie-trebic.cz, telefon**:** 720 262 746 bude posílat mé lékařské zprávy, výsledky vyšetření nebo recepty také elektronickou cestou, a to:

1. formou e.mailu na mou adresu………..…………………@…………….………
2. formou SMS zprávy na mé telefonní číslo:..………………….…………………

Jsem si vědom(a), že v obou případech jde o tzv. nezabezpečenou elektronickou komunikaci.

Pro telefonickou komunikaci mezi mnou a mnou pověřenými osobami s výše

specifikovanou ambulancí volím heslo……………………………………………

V…….………….……..…… dne………………... Podpis……..…………………………