

Název:
**INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S JEDNORÁZOVÝM
ZASLÁNÍM INFORMACÍ E-MAILEM**

Já, níže podepsaný/á,

Jméno a příjmení	
Rodné číslo / datum nar.	
Bydliště	

žádám svého poskytovatele zdravotních služeb, společnost **VIDIA-DIAGNOSTIKA, spol. s r. o.**, IČ 411 94 811, se sídlem Českomoravská 2510/19, 190 00 Praha 9 - Libeň (dále jen „Laboratoř“), aby mi jednorázově zaslala výsledky mých laboratorních vyšetření e-mailem.

Beru na vědomí, že výsledky mých laboratorních vyšetření lze označit za citlivé údaje (zvláštní kategorie osobních údajů) a že Laboratoř je povinna zajistit adekvátní ochranu těchto informací, aby se nedostaly do rukou nepovolaných osob. Beru také na vědomí upozornění Laboratoře, že e-mailová komunikace nezaručuje dostatečnou ochranu osobních údajů, protože nelze mimo jiné ověřit, komu byly sděleny a že sdělování citlivých údajů e-mailem se obecně nedoporučuje.

Beru dále na vědomí, že Laboratoř nenese žádnou odpovědnost za přenos e-mailové zprávy či její bezpečnost a následky tím způsobené a v rozsahu informací obsažených v e-mailu, tj. pokud jde o výsledky mých vyšetření a jiné informace, zbavuji Laboratoř povinnosti mlčenlivosti.

S ohledem na výše uvedené žádám, aby Laboratoř jednorázově zaslala výsledky mých vyšetření na níže uvedený email. Souhlasím s tím, že dokumenty budou kvůli zabezpečení uzamčeny ochranným heslem, které mi Laboratoř zašle na níže uvedené mobilní telefonní číslo.

E-mail	
Mobilní telefonní číslo	

Bližší informace o zpracování osobních údajů ze strany Laboratoře jsou dostupné na:

<https://www.vidia-diagnostics.cz/files/file/page-file/informace-o-zpracovani-ou-pacienti-update20210901.pdf>

Datum	
Podpis	
Totožnost ověřil (pracovník Laboratoře) (příjmení, jméno, podpis)	