

Číslo lékové karty pacienta :

Poskytnutí souhlasu klienta
v souladu se zákonem 110/2000Sb. o ochraně osobních údajů

Já, níže podepsaný klient :

Jméno, příjmení, titul
Ulice a číslo popisné
PSČ a město
Rodné číslo
Zdravotní pojišťovna

Udělují tímto Lékárně ASTRA, s.r.o. v Novém Jičíně jako správci údajů souhlas se zpracováním mých osobních dat, které lékárně poskytují za účelem vedení lékové karty pacienta a poskytování dalších služeb lékárenské péče.

Všechny údaje spojené s provozováním lékových karet budou sloužit jen pro vnitřní potřebu lékárny a budou využity ve prospěch pacienta.

Lékárna ASTRA se zavazuje, že uvedené údaje:

- použije pro kontrolu kontraindikací léčiv, předepsaných praktickými a odbornými lékaři a sledování interakcí mezi léčivy, včetně volně prodejných
- zabezpečí data proti zneužití a ztrátě a bude je používat pouze v souladu s účelem

Od zákazníka lékárny očekáváme, že poskytne pravdivé údaje a bude spolupracovat s lékárnou na jejich aktualizaci.

Poskytnutí informací pro účelnou farmakoterapii :

Praktický lékař	Tel.:
Odborný lékař	Tel.:
Odborný lékař	Tel.:
Zubní lékař	Tel.:
Znamé alergie na léky :	
Závažné diagnózy :	
Telefon :	
Mail:	
Další sdělení:	

V Novém Jičíně dne

.....
podpis držitele lékové karty

.....
podpis odborného zástupce lékárny