

**Žádost č. 19 o informace podle zákona č. 106/1999 Sb.,
e-mailem dne 12. 7. 2023**

Věc: žádost o informace podle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím

Vážený,

v souladu se zákonem č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím si dovoluji požádat o zaslání seznamu zdravotních služeb, k jejichž poskytnutí je vyžadován písemný souhlas dle § 45 odst. 2 písm. h) zákona o zdravotních službách, a to ve znění platném ke dni 27. 2. 2019.

Požadovanou informaci prosím zaslat v odpovědi na tento email nebo do datové schránky ID [REDACTED]

[REDACTED]

Věc: Odpověď na žádost o poskytnutí informace ve smyslu zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím (dále jen „InfZ“)

Vážený pane [REDACTED]

v příloze Vám zasíláme odpověď na Váš dotaz.

S pozdravem

Příloha:

Výkon

Informovaný souhlas s ECT

Informovaný souhlas s podáním celkové anestézie

Souhlas pacienta / zákonného zástupce s transfúzí

Informovaný souhlas s léčebným postupem – Antabus

Informovaný souhlas s léčebným postupem – Valproát

Souhlas pacienta se zachycením jeho podoby

Souhlas opatrovníka se zachycením podoby pacienta

Informovaný souhlas – zubní ordinace

Psychiatrická nemocnice Bohnice_Ústavní 91_181 02 Praha 8

Tel.: +420 284 016 111 Fax: +420 284 016 595 www.bohnice.cz

Bankovní spojení: Česká národní banka_16434081/0710_IČ: 00064220_DiČ: CZ00064220

Souhlas rodičů dítěte – zubní oddělení

Souhlas pacienta k zařizování sociálních záležitostí

Souhlas s prováděním hipoterapie

Falometrické vyšetření

Souhlas s poskytováním informací

Souhlas s léčbou

Souhlas se zpracováním osobních údajů pro komunitní službu