

INFO SOUHLAS S ANALÝZOU VIDEOZÁZNAMU A NÁSLEDNOU TELEFFONICKOU KONZULTACÍ

Poskytovatel služby: společnost **AquaKlim, s.r.o.**, se sídlem Gorkého 3037/2, Moravská Ostrava, 702 00 Ostrava, IČ: 27849562, zapsané v obchodním rejstříku Krajského soudu v Ostravě, sp. zn. C 31571, jako provozovatel nestátního zdravotnického zařízení Sanatorií Klimkovice, na adrese: Hýlov 24, 742 84 Klimkovice, (dále též jen jako **Poskytovatel**)

Jméno a příjmení klienta:

rodné číslo klienta:

trvalé bydliště klienta:

(dále též jen jako „**Klient**“)

pokud není klient zletilý, svéprávný či jinak způsobilý, jméno zákonného zástupce a jeho bydliště (popř. jeho opatrovníka):

souhlasí s analýzou klientem zasláného videozáznamu a následnou telefonickou konzultací s klinickým logopedem/ logopedem ve zdravotnictví Poskytovatele (dále také „**Služba**“)

z důvodu:

.....

Klient nadále potvrzuje, že:

- si je vědom, že tato Služba může být poskytnuta až na základě provedeného úvodního vyšetření **na pracovišti** klinického logopeda/logopeda ve zdravotnictví Poskytovatele
- si je vědom, že provedení této služby je podmíněno **podepsáním** informovaného souhlasu s poskytnutím této služby
- je si vědom, že tato služba není omezena **místem** poskytování
- se zavazuje, že pořídí kvalitní videozáznam, který bude obsahově a časově vymezený – dle požadavků logopeda ve zdravotnictví/ klinického logopeda Poskytovatele
- souhlasí s přeposláním videa způsobem domluveným předem s logopedem ve zdravotnictví/ klinickým logopedem Poskytovatele
- bere na vědomí, že **časový interval pro poskytnutí celé služby** činí 15-30 minut (stanovený logopedem Poskytovatele, který u dětí čítá rozbor 15-ti minutového videozáznamu s následnou 15-ti minutovou telefonní konzultací a u dospělých činí časový interval na službu 15 minut celkem)
- bere na vědomí nutnost **osobní návštěvy min. 1x za půl roku u věkové skupiny 0-15 let, 1x ročně u věkové skupiny 15 a více let na pracovišti** klinického logopeda/ logopeda ve zdravotnictví Poskytovatele
- souhlasí s časovým obdobím, ve kterém je poskytována tato služba, a to dle možnosti poskytovatele, kdy posouzení efektivity této služby určuje klinický logoped/logoped ve zdravotnictví Poskytovatele služby

- zavazuje se, že nebude šířit a zveřejňovat na sociálních sítích či jinde instrukce a doporučení logopeda ve zdravotnictví/klinického logopeda týkající se této služby
- Souhlasí s ukládáním a uchováním zaslaných materiálů a jeho použitím ke kontrole logopedem Poskytovatele, popř. ke konzultaci s jinými odborníky

V, dne

Podpis:

V případě, že Klientem je osoba, která není právně či jinak způsobilá k podpisu tohoto souhlasu, podepíše souhlas její zákonný zástupce/opatrovník.

Jméno a příjmení oprávněného zástupce/opatrovníka:

Datum narození:

Bytem:

V, dne

Podpis oprávněného zástupce/opatrovníka:

.....