

VSTUPNÍ FORMULÁŘ (zákonný zástupce)

Jméno a příjmení pacienta: _____ Pojišťovna: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____ Státní příslušnost: _____

Pohlaví*: ☐ žena ☐ muž Řidičský průkaz: ☐ ANO ☐ NE Zbrojní průkaz: ☐ ANO ☐ NE

*pohlaví určené po narození

Adresa trvalého pobytu / místa hlášeného pobytu v ČR:

Ulice a čp: _____ Město: _____ PSČ: _____

Zákonný zástupce (stačí vyplnit pouze jednoho zákonného zástupce)

Jméno, příjmení, tituly: _____

Vztah k pacientovi: _____

Email: _____

Telefon: _____

Kontaktní adresa: _____

(je-li odlišná a přejete-li si ji uvést)

Heslo pro komunikaci: ☐☐☐☐ Zvolte prosím čtyřmístný číselný kód pro ověření Vaší totožnosti u telefonických konzultací a pro otevření zaheslovaných zpráv.

V případě zapomenutí hesla Vám bude položena kontrolní otázka:

Jméno matky za svobodna / jméno prvního zvířete / jméno nejlepšího kamaráda. Uveďte prosím jednu libovolnou odpověď:

Prohlášení

☐ **Potvrzuji, že jsem se seznámil/a s Ceníkem a Všeobecnými podmínkami poskytování péče,** které jsou k nahlédnutí na recepci a na webových stránkách kliniky, že jim rozumím a bez výhrad je přijímám.

☐ Beru na vědomí, že klinika jako zdravotnické zařízení v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb **zpracovává v pozici správce osobní údaje** pacientů, jejich zástupců nebo osob jim blízkých (včetně údajů o zdravotním stavu). **Souhlasím se zpracováním osobních údajů,** které klinice poskytnu. Potvrzuji, že jsem se **seznámil/a s informacemi o zpracování osobních údajů** dostupnými na recepci a webových stránkách kliniky.

☐ **Souhlasím se zasíláním lékařských zpráv, výsledků, účetních a platebních dokladů a jiných dokumentů na výše uvedený e-mail,** který může klinika považovat za zaručený, a jsem si vědom rizik, která nezabezpečená elektronická komunikace přináší (možnost nahlédnutí neoprávněnou osobou, ztráta, zničení, neoprávněné zpřístupnění).

☐ **Souhlasím se zasíláním informací o novinkách, nabízených zdravotních službách a průzkumu spokojenosti** s poskytovanými službami kliniky a dalších zdravotnických zařízení sítě Multi-klinika na můj výše uvedený e-mail. Podrobné informace o zpracování osobních údajů, včetně uvedení seznamu zdravotnických zařízení sítě Multi-klinika jsou k dispozici na recepci.

Prosíme informujte nás o jakýchkoli změnách v údajích, které jste klinice poskytli/a. Formulář pro souhlas s poskytováním informací osobám bez sdělení hesla pro komunikaci či výslovný nesouhlas je k dispozici na vyžádání na recepci.

Případné zrušení termínu nám prosím oznamte nejpozději 24 hodin předem. Dovolujeme si Vás upozornit, že pokud se bez omluvy na objednaný termín nedostavíte nebo termín zrušíte méně než 24 hodin předem, je klinika oprávněna po Vás požadovat náhradu škody v paušální výši 1.000,- Kč.

Roční administrativní poplatek činí 800,- Kč; jeho úhrada není podmínkou poskytování zdravotní péče.

Datum: _____ Podpis zákonného zástupce: _____ (podpis pacienta: _____)

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Dobrý den,

vzhledem k plánovanému poskytnutí zdravotní péče na naší klinice si Vás dovoluujeme požádat o pečlivé a pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Kterékoli onemocnění může mít vliv na ošetření osoby, jejímž jste zákonným zástupcem. Všechny uvedené údaje jsou součástí zdravotnické dokumentace, jež podléhá zákonné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků; jsou tak zcela v bezpečí. Využívány budou tyto údaje pouze tak, abychom ošetření přizpůsobili zdravotnímu stavu osoby, jejímž jste zákonným zástupcem. Zvolenou odpověď zakřížkujte. Děkujeme.

1. Nemoci v rodině

☐ Nádory (onkologická onemocnění): _____

☐ Alergie: _____ ☐ Kožní nemoci: _____

☐ Jiné závažné onemocnění: _____

2. Zdravotní historie

Léčíte se s některým z následujících onemocnění nebo jste jej prodělal(a)? (zaškrtněte)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|---|--|------------------------------------|
| ☐ Vysoký krevní tlak | ☐ Cukrovka | ☐ Vyšší hladina tuků | ☐ Mozková mrtvice | ☐ Infarkt |
| ☐ Onemocnění ledvin | ☐ Žloutenka | ☐ Zánět střev | ☐ Žaludeční vřed | ☐ Artritida |
| ☐ Štítná žláza | ☐ Nádor | ☐ Vyšší krvácivost | ☐ Leukémie | ☐ HIV |
| ☐ Tuberkulóza | ☐ Astma | ☐ Bronchitida | ☐ Deprese | ☐ Migréna |

☐ Jiné nemoci: _____

☐ Operace (jaké+kdy): _____

☐ Úrazy (jaké+kdy): _____

☐ Trvale užívané léky: _____

Alergie:

☐ Léky ☐ Potraviny ☐ Jiné

3. Životní styl a návyky

Kouříte? ☐ pravidelně ☐ občas ☐ vůbec **Pijete alkohol?** ☐ pravidelně ☐ občas ☐ vůbec

Užíváte omamné látky? ☐ pravidelně ☐ občas ☐ vůbec

Cvičíte? ☐ pravidelně ☐ občas ☐ vůbec **Máte tetování?** ☐ ano ☐ ne

Chráníte se před UV zářením? ☐ ano ☐ ne **Chodíte do solária?** ☐ ano ☐ ne

Výška (cm): _____ **Váha (kg):** _____

Máte vrozenou kožní vadu (pigmentovou skvrnu, hemangiom, oheň)? ☐ ano ☐ ne

Pracovní neschopnost/inv. důchod pro současné kožní onemocnění: ☐ ne ☐ ano - od kdy: _____

Datum: _____ Podpis zákonného zástupce: _____ Podpis lékaře: _____

(u dětí starších 14 let podpis pacienta: _____)