

## VSTUPNÍ FORMULÁŘ

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ Tituly: \_\_\_\_\_ Pojišťovna: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_ Státní příslušnost: \_\_\_\_\_

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

\*pohlaví určené po narození

Email: \_\_\_\_\_ Telefon (vč. předvolby, není-li +420): \_\_\_\_\_

### Adresa trvalého pobytu / místa hlášeného pobytu v ČR:

Ulice a čp: \_\_\_\_\_ Město: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

### Kontaktní adresa, je-li odlišná od adresy trvalého pobytu:

Ulice a čp: \_\_\_\_\_ Město: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

**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. Prosíme, vyberte libovolnou verzi a vyplňte 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 1.000,- Kč; jeho úhrada není podmínkou poskytování zdravotní péče.

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

## ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Dobrý den,  
vzhledem k plánovanému poskytnutí zdravotní péče na naší klinice si Vás dovoluujeme požádat o pečlivé a pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Kterékoliv onemocnění může mít vliv na Vaše ošetření. 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 Vašemu zdravotnímu stavu. 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)

- |                                             |                                    |                                             |                                          |                                    |
|---------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vysoký krevní tlak | <input type="checkbox"/> Cukrovka  | <input type="checkbox"/> Vyšší hladina tuků | <input type="checkbox"/> Mozková mrtvice | <input type="checkbox"/> Infarkt   |
| <input type="checkbox"/> Onemocnění ledvin  | <input type="checkbox"/> Žloutenka | <input type="checkbox"/> Zánět střev        | <input type="checkbox"/> Žaludeční vřed  | <input type="checkbox"/> Artritida |
| <input type="checkbox"/> Štítná žláza       | <input type="checkbox"/> Nádor     | <input type="checkbox"/> Vyšší krvácivost   | <input type="checkbox"/> Leukémie        | <input type="checkbox"/> HIV       |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulóza        | <input type="checkbox"/> Astma     | <input type="checkbox"/> Bronchitida        | <input type="checkbox"/> Deprese         | <input type="checkbox"/> 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 pacienta:** \_\_\_\_\_ **Podpis lékaře:** \_\_\_\_\_