

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE) S AMBULANTNÍ PÉČÍ

Jméno a příjmení: Rodné číslo (cizinci číslo pojištění):

Bydliště (včetně PSČ):

Název nebo kód pojišťovny:

Telefon: E-mail:

Jméno a adresa praktického lékaře (**pokud víte**):

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

Jméno a příjmení: Vztah k pacientovi/ce:

Rodné číslo či datum narození: Telefon:

Bydliště (včetně PSČ):

- Byl(a) jsem informován(a) o zpoplatněných službách našeho pracoviště. Zavazuji se respektovat cenovou politiku uvedenou v ceníku zdravotnického zařízení, který je na vyžádání k dispozici na recepci zdravotnického zařízení.
- Souhlas s poskytováním informací: Souhlasím s tím, že informace o mém zdravotním stavu může být poskytnuta následující/m osobě/osobám, které rovněž mohou nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a pořizovat výpisy, opisy či kopie:
- Jméno a příjmení:
 - Bydliště:
 - Telefon/e-mail:
 - Informování formou (označte): SMS - email – telefonicky – písemně - osobně
- V případě jiného, než osobního kontaktu stanovuji **HESLO**:

V Praze dne

Podpis pacienta/ky (zákonného zástupce pacienta/ky):

INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU

Poskytnuté informace jsou důvěrné, slouží lékaři k diagnostice a léčbě Vašeho onemocnění.

NEMOCI V RODINĚ

Nádory: Alergie: Jiné: Kožní nemoci:

MOJE NEMOCI

Mám (měl/a) jsem tyto nemoci (označte):

- | | | | | |
|---|------------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <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"/> Štítné žlázy | <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 |

Další nemoci:

Operace / rok:

Úrazy / rok:

Trvale užívám tyto léky

Alergie (léky, potraviny, jiné)

Kouříte? ano – ne Pijete alkohol? ano – ne Pravidelně cvičíte? ano – ne

Váha (kg): Výška (cm): Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

Chodím na preventivní prohlídky kůže: ano – ne

Mám vrozenou kožní vadu (pigmentovou skvrnu, hemangiom, oheň): ano – ne

Mám tetování: ano – ne Chodím do solária: ano – ne

Chráníte se před UV zářením: ano – ne

Pracovní neschopnost / invalidní důchod pro současné kožní onemocnění: ano – ne / od kdy: Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

Datum:

Podpis pacienta/pacientky (zákonného zástupce): Podpis lékaře:

UPOZORNĚNÍ: Máme roční administrativní poplatek 800 Kč, který není podmínkou poskytování zdravotní péče.