**,**

**STR.1**

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

## Základní údaje O PACIENTOVI/ PACIENTCE

Jméno a příjmení, tituly: .......................................................................................................…………….....................

Rodné číslo (cizinci číslo pojištěnce): .…....................................................................................................................

Bydliště (včetně PSČ): ………………………………..............................................................................................................................................….

Název a kód pojišťovny: .....………………......................................................................................................................

Telefonní spojení: +420.........................................E-mailová adresa:.................……..……….…................................

Jméno a adresa praktického lékaře: ………………………………………………………………...………………………………………………...

## Zákonný zástupce (u nezletilých pacientů nebo nesvéprávných)

Jméno a příjmení: ................................................................................. Vztah k pacientovi/ce:................................

Rodné číslo či datum narození: ............................................................ Telefon....................................................….

E-mailová adresa:.................……..……….….............................………………………………………………………………………………...

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 (dobrovolné)**: 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- e-mail- telefonicky- písemně- osobně | V případě jiného než osobního kontaktu stanovuji HESLO: |

 **HESLO: Pro komunikaci po telefonu/ e-mailem potřebujeme**

 **Vámi určené HESLO, kterým Vás můžeme identifikovat.**

 **\*NUTNÉ VYPLNIT**

**STR.2**

**INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU**

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

**1. Onemocnění v rodině (kdo, co?)**

Nádory: ……………………………………………………………….. Alergie, astma, senná rýma: …...……………………………

Kožní nemoci: …………….…………………………………...…… Jiné: ……………………………………………………………….……

**2. Mám/ (měl/a) jsem tyto nemoci**

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

Další nemoci: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Operace** / rok: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Úrazy** / rok: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Trvale užívám tyto léky** ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Alergie** (léky, potraviny, jiné) ……………………………………………………………………………………………………………………………..

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

**Váha (kg): Výška (cm):**

**Chodím na preventivní prohlídky kůže**: ano – ne

**Mám vrozenou kožní vadu** (pigmentovou skvrnu, hemangiom, oheň)

**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:

**Dozvěděl/a jsem se o vás z:**

 ☐ z webových stránek ☐ doporučení lékaře

 ☐ doporučení jiného pacienta ☐ sociální sítě

V Praze dne .......................…

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

**Poznámka**: Dovolujeme si upozornit, že na naší klinice je vybírán roční administrativní poplatek ve výši 800 Kč, který není podmínkou poskytování zdravotní péče.