

**VSTUPNÍ ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK  
 SOUHLAS PACIENTA S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ  
 URČENÍ OSOB, KTERÉ MOHOU BÝT INFORMOVÁNY O ZDRAVOTNÍM STAVU PACIENTKY  
 (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE PACIENTKY)**

**ВСТУПИТЕЛЬНЫЕ АНКЕТНЫЕ ДАННЫЕ,  
 СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ,  
 УКАЗАНИЕ ЛИЦ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ ИНФОРМИРОВАНЫ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ  
 ПАЦИЕНТА  
 (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА)**

<b>pacientka / пациент</b>			
jméno Имя:		příjmení Фамилия:	
datum narození дата рождения:		rodné číslo законного представителя:	
státní příslušnost гражданство:		kód zdravotní pojišťovny страховка:	
ulice улица:		číslo popisné номер дома:	
město город:		PSČ / индекс:	
telefon номер телефона: (0042 .....)		email электронная почта:	
heslo pro elektronickou nebo vzdálenou komunikaci пароль для коммуникации:			

<b>zákonný zástupce / законный представитель</b>	
jméno zákonného zástupce / Имя:	
příjmení zákonného zástupce / Фамилия:	
rodné číslo zákonného zástupce законного представителя:	
rodné číslo zákonného zástupce отношение к пациенту:	

<b>povolují, aby o mém zdravotním stavu byla informována jiná osoba          разрешаю, чтобы о состоянии моего здоровья          была информирована следующая osoba / особы:</b>				
jméno Имя	příjmení Фамилия	adresa адрес	telefon телефон	vztah k pacientce отношение к пациенту

<b>povolují, aby výše uvedená osoba/y měla/y právo разрешаю, чтобы вышеуказанное лицо имело право</b>		
nahlížet do mé zdravotnické dokumentace просмотра моей медицинской документации	ano да	ne нет
pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace делать выписки или копии моих медицинских документов	ano да	ne нет

<b>osobní anamnéza / Семейный и личный анамнез</b>	
onemocnění a dlouhodobě užívané léky онкологические заболевания в семье:	
interní onemocnění / хронические заболевания:	
operace длительно применяемые лекарственные :	
úrazy / средства :	
infekční nemoci / операции :	
alergie / травмы:	
dlouhodobě užívané léky инфекционные заболевания:	
častější krvácení (případně jeho léčení) / аллергия:	
zaměstnání (pracovní zařazení) кровооточивые состояния:	
v rodině se vyskytují onkologické nemoci место работы, должность:	

<b>gynekologická anamnéza / Гинекологический анамнез</b>	
menstruace, od kolika let, pravidelnost cyklu время появления первой менструации, регулярность цикла:	
datum poslední menstruace дата последней менструации:	
předchozí gravidity предыдущие беременности:	
zákroky na děložním čípku процедуры на шейке матки:	
poslední preventivní prohlídka дата последнего гинекологического осмотра с набором цитологии:	
gynekologické operace гинекологические операции:	
antikoncepce – název, potíže противозачаточные препараты, название:	
sexuálně přenosné onemocnění v minulosti (chlamydie, ureoplasmata, syfilis, jiné) заболевания, передаваемые половым путем (хламидиоз, уреаплазмоз, сифилис и др.):	
datum poslední gynekologické prohlídky дата последнего гинекологического осмотра:	

byla jste očkovaná proti HPV infekci? прививка против ВПЧ?	ano / да	ne / нет
byla jste vy, nebo někdo z rodičů či sourozenců léčeni pro plicní embolii nebo uzávěr žilního systému? тромбоэмболия легочной артерии у Вас или у родственников?	ano / да	ne / нет
jste kuřačka / курите?	ano / да	ne / нет

<b>souhlasy / согласие</b>		
souhlasím s převzetím do ambulantní péče gynekologické ambulance выражаю согласие с регистрацией и дальнейшим амбулаторным наблюдением в данной гинекологической клинике	ano да	ne нет
souhlasím s tím, aby lékařský a zdravotnický personál ambulance prováděl lékařskou a ošetrovatelskou péči	ano да	ne нет
souhlasím s tím, aby lékařský a zdravotnický personál ambulance mohl nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném; všechny tyto osoby jsou ze zákona povinny o těchto skutečnostech i mém rodném čísle zachovávat mlčenlivost согласна с тем, чтобы персонал клиники мог просматривать мою медицинскую документацию в необходимом для оказания мед. помощи объеме; все эти лица обязаны по закону сохранять конфиденциальность в отношении этих фактов и моего законного представителя	ano да	ne нет
souhlasím s tím, aby externí zdravotničtí auditoři mohli nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v souvislosti s jejich kontrolní činností; o všech skutečnostech jsou povinni zachovávat mlčenlivost согласна с тем, чтобы внешние аудиторы в области здравоохранения могли проверять мою медицинскую документацию в связи с их аудиторской деятельностью; о всех фактах они обязаны сохранять конфиденциальность	ano да	ne нет
dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč, stěry, biopsie z děložního čípku, jiné) na potřebná vyšetření a laboratorní rozborů pro stanovení diagnózy a potvrzení zdravotního stavu выражаю согласие с отбором биологического материала (кровь, моча, мазки, биопсия с шейки матки, др) для необходимых исследований и лабораторных анализов для установления диагноза	ano да	ne нет
souhlasím s přístupem osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání k mé zdravotní dokumentaci a s jejich přítomností při poskytování zdravotních služeb mé osobě Согласна с доступом лиц, приобретающих право заниматься медицинской деятельностью, к моей документации и с их присутствием при оказании мне медицинских услуг.	ano да	ne нет

<p>           přeji si obdržet informace týkající se mého zdravotního stavu, elektronické recepty a informace týkající se zdravotních a souvisejících služeb            выражаю желание получать информацию о состоянии моего здоровья, электронные рецепты и информацию о медицинских и сопутствующих услугах.*         </p>	<p>           nepřeji si zasílat žádné informace            не желаю получать какую-либо информацию *         </p>
<b>ano / да</b>	<b>ano / да</b>

\* povinné údaje / обязательные данные

V několika dnech od ošetření můžete být kontaktována ze strany ambulance za účelem zjištění vaší spokojenosti s ošetřením.

В течение нескольких дней после обследования, с Вами могут связаться сотрудники клиники для выяснения насколько Вы удовлетворены обслуживанием.

V případě nezrušení objednaného termínu min. 48 hodin předem nebo nedostavení se na objednaný termín, jsme oprávněni účtovat úhradu časové ztráty dle aktuálního ceníku.

В случае, если пациент не пришел на прием в назначенное время и не отменил свою запись минимально за 48ч. до приема, клиника имеет право взимать плату за потерю времени в соответствии в действующим прейскурантом.

Souhlas pacienta s poskytováním informací a určení osob, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu je v souladu s ust. § 31 a násl. Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“).

Согласие пациента на предоставление информации и указание лиц, которые могут быть проинформированы о состоянии его здоровья, осуществляется в соответствии с положениями § 31 и Закона № 372/2011 (Закон о медицинских услугах).

Všechny osobní údaje budou zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679, o ochraně fyzických osob, v souvislosti se zpracováním osobních údajů – General Data Protection Regulation (GDPR)

Все персональные данные будут обрабатываться в соответствии с Регламентом Европейского парламента а Совета Евросоюза 2016/679 о защите физических лиц в связи с обработкой персональных данных - General Data Protection Regulation (GDPR)

<b>datum / дата:</b>	<b>hodina / час:</b>	<b>podpis pacientky nebo zákonného zástupce (opatrovníka) подпись пациента или законного представителя</b>