

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

pacientka			
jméno:		příjmení:	
datum narození:		rodné číslo:	
státní příslušnost:		kód zdravotní pojišťovny:	
ulice:		číslo popisné:	
město:		PSČ:	
telefon: (zadejte ve tvaru 0042 0123123123)		email:	
heslo pro elektronickou nebo vzdálenou komunikaci:			

zákonný zástupce	
jméno zákonného zástupce:	
příjmení zákonného zástupce:	
rodné číslo zákonného zástupce:	
rodné číslo zákonného zástupce:	

povolují, aby o mém zdravotním stavu byla informována jiná osoba:				
jméno	příjmení	adresa	telefon	vztah k pacientce

povolují, aby výše uvedená osoba/y měla/y právo		
nahlížet do mé zdravotnické dokumentace	ano	ne
pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace	ano	ne

osobní anamnéza	
onemocnění a dlouhodobě užívané léky:	
interní onemocnění:	
operace:	
úrazy:	
infekční nemoci:	
alergie:	
dlouhodobě užívané léky:	
častější krvácení (případně jeho léčení):	
zaměstnání (pracovní zařazení):	
v rodině se vyskytují onkologické nemoci:	

gynekologická anamnéza		
menstruace, od kolika let, pravidelnost cyklu:		
datum poslední menstruace:		
předchozí gravidity:		
zákroky na děložním čípku:		
poslední preventivní prohlídka:		
gynekologické operace:		
antikoncepce – název, potíže:		
sexuálně přenosné onemocnění v minulosti (chlamydie, ureoplasmata, syfilis, jiné):		
datum poslední gynekologické prohlídky:		
byla jste očkována proti HPV infekci?	ano	ne
byla jste vy, nebo někdo z rodičů či sourozenců léčení pro plicní embolii nebo uzávěr žilního systému?	ano	ne
jste kuřačka?	ano	ne

souhlasy		
vzor vyplnění: zakroužkujte správnou odpověď		
souhlasím s převzetím do ambulantní péče gynekologické ambulance	ano	ne
souhlasím s tím, aby lékařský a zdravotnický personál ambulance prováděl lékařskou a ošetrovatelskou péči	ano	ne
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	ano	ne
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	ano	ne
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	ano	ne
souhlasím s přístupem osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání k mé zdravotní dokumentaci a s jejich přítomností při poskytování zdravotních služeb mé osobě	ano	ne

přeji si obdržet informace týkající se mého zdravotního stavu, elektronické recepty a informace týkající se zdravotních a souvisejících služeb*	nepřeji si zasílat žádné informace*
ano	ano

* povinná položka, vyberte prosím jednu z možností

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

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

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“).

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)

datum:	hodina:	podpis pacientky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)