



REGISTRAČNÍ DOTAZNÍK

(prosíme vyplňte čitelně hůlkovým písmem)

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

Zdravotní pojišťovna (název nebo její kód)

Telefonický kontakt

Adresa trvalého bydliště – ulice, číslo, město, PSČ

Email

Kontaktní adresa (pokud se liší od trvalého bydliště)

Povolání

Výška

Váha

(platné zakroužkujte)

Máte implantovaný kardiostimulátor?

ANO

NE

Máte v těle nějaký kovový materiál?

ANO

NE

Kde

Jste těhotná?

ANO

NE

Nejsem si jista

Podstupujete antikoagulační léčbu?

(léky na „ředění krve“)

ANO

NE

Jaké

Léčil/a jste se někdy na onkologii?

ANO

NE

Rok

Trpíte alergií (léky, pyl, dezinfekce, hmyzí bodnutí,...)

ANO

NE

Jaké

1. Jste sledovaná/ý u lékaře – specialisty (praktického lékaře) s chronickým nebo infekčním onemocněním? (vysoký tlak, cukrovka, poruchy srdce, ledvin, jater, hepatitida,... jiné onemocnění)

2. Prodělal/a jste nějaké úrazy?

3. Byl/a jste někdy hospitalizován/a, operován/a? (pokud ano, vypište, prosím, důvody hospitalizace - operace)

4. Užíváte nějaké léky či potravinové doplňky (vitaminy, minerály, byliny apod.)? (pokud ano, vypište které)

5. Kdo je Vaším praktickým lékařem? (jméno)

6. Který lékař Vás k nám doporučil? (jméno a specializace)

Prosíme pacienty, aby nás informovali o zásadních změnách zdravotního stavu a v medikaci.

Dne:

Podpis:

Souhlas pacienta

Souhlas se zpracováním osobních údajů ze zdravotnické dokumentace ORP Centrum s.r.o. a ORP-ORTHO s.r.o.

pokračování na druhé straně

Tímto uděluji společnosti ORP CENTRUM s.r.o. a společnosti ORP-ORTHO s.r.o. souhlas se zpracováním osobních údajů podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně osobních údajů („GDPR“), v platném znění za účelem jejich poskytnutí příjemci pro účely zajištění navazující péče, přičemž tímto příjemcem bude ORP CENTRUM s.r.o. nebo ORP-ORTHO s.r.o. vždy podle toho, který z těchto poskytovatelů poskytne primární zdravotní péči.

Souhlas se zasíláním obchodních sdělení

Já, níže podepsaný(á), tímto v souladu s ust. § 7 zák. č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, uděluji společnosti ORP Centrum s.r.o. a ORP-ORTHO s.r.o. souhlas se zasíláním obchodních sdělení této společnosti. Kontaktujte mě prostřednictvím emailu či telefonu uvedených v záhlaví tohoto dotazníku. **Jsem si vědom(a), že mám možnost tento souhlas kdykoli odvolat, a to elektronicky na emailovou adresu, ze které dostávám obchodní sdělení, které mi již nadále nebude elektronickými prostředky zasíláno.**

(platné zakroužkujte)

ANO NE

Souhlas se zasíláním lékařské dokumentace e-mailem.

(platné zakroužkujte)

ANO NE

Informace k pořizování fotodokumentace a videodokumentace v průběhu vyšetření/ ošetření v ORP Centru s.r.o.

Pořizování foto a videodokumentace v rámci vyšetření u lékaře nebo terapeutické lekce v ambulanci fyzioterapeuta, je možné **POUZE s výslovným souhlasem daného specialisty.**

Ceník všech služeb včetně zdravotních služeb poskytovaných nad rozsah péče hrazené ze zdravotního pojištění je dostupný na www.orp.cz a v provozovnách poskytovatele. O případných doplatecích informuje pacienty indikující lékař a koordinátoři léčby.

Neúčast na vyšetření nebo terapii prosím nahlaste nejpozději 24 hodin před plánovaným termínem na emailu objednani@orp.cz nebo na tel.: +420 733 223 488 (stačí ponechat sms vzkaz, při dodržení termínu omluvy bude neúčast omluvena, berte prosím na vědomí, že omluvu již recepce zpět nepotvrzuje).

UPOZORNĚNÍ TÝKAJÍCÍ SE FYZIOTERAPIE:

Prosím věnujte pozornost rozpisu rehabilitace, především pak v případě změn termínů, recepce Vám na požádání předá nový rozpis se zaznamenanými změnami. Rezervace termínů na fyzioterapii se hradí předem a nejsou rozesílány SMS upozorňující na Vaše objednané termíny.

V případě neomluvené nebo pozdě omluvené absence na terapii bude klientovi účtována náhrada škody za rezervaci kapacit v částce:

330,- Kč (fyzioterapie 30 minut)

590,- Kč (fyzioterapie 60 minut)

V případě opakované neomluvené absence bude pacientovi zrušena objednaná léčba z důvodu porušení léčebného režimu.

O tomto jsem byl řádně obeznámen a podpisem uděluji souhlas s výše uvedeným.

V Praze dne _____

Podpis _____