



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

(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

Léčil/a jste se někdy na onkologii?

ANO

NE

Rok

1. Jste sledovaná/ý u lékaře – specialisty (praktického lékaře) s chronickým onemocněním? (vysoký tlak, cukrovka, poruchy srdce, ledvin, jater, infekční onemocnění... 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. Trpíte alergií? (léky, pyl, dezinfekce, hmyzí bodnutí apod.)

6. Kdo je Vaším praktickým lékařem? (jméno)

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

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

Dne:

Podpis:

pokračování na druhé straně

Souhlas pacienta

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

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

Souhlasím se zasíláním lékařské dokumentace e-mailem.

(platné zakroužkujte)

ANO NE

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 doplatcích informuje pacienti indikující lékař a koordinátoři léčby.

Neúčast na vyšetření nebo terapii prosím nahlaste nejpozději 24 hodin před plánovaným termínem na email: info@orp.cz nebo na tel.: +420 233 338 112 (stačí ponechat vzkaz na záznamníku, 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 _____