

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK A INFORMOVANÝ SOUHLAS

Prosím, vyplňte pečlivě **všechna žlutá pole** níže. Informace jsou součástí zdravotní dokumentace a budou použity pro případný výběr antibiotik a lokální anestézie nebo některých chirurgických zákroků. Informace podléhají lékařskému tajemství a zaručujeme jejich ochranu. Prosím, seznámte se předem s veškerými podmínkami a cenami za ošetření v našem nestátním zdravotnickém zařízení Topdent s.r.o. Jakékoliv dotazy rádi zodpovíme.

ÚDAJE O PACIENTOVÍ

Jméno a příjmení: RČ:

Datum narození: Pojišťovna: Státní příslušnost:

Ulice: Město: PSČ:

Telefon: E-mail:

Jak jste se o nás dozvěděl(a)? ☐ na doporučení ☐ internet ☐ tisk ☐ jinak:

Předošlý ošetřující lékař:

Poslední preventivní prohlídka před méně než 6 měsíci? ☐ ANO ☐ NE

NÁHRADNÍ KONTAKT PRO PŘÍPAD NUTNÉHO ZANECHÁNÍ VZKAZU

Jméno a příjmení: Telefon:

ONEMOCNĚNÍ, LÉKY

Alergie	☐ Ne	☐ Ano:
Nesnášenlivost léků	☐ Ne	☐ Ano:
Nemoc dýchacích cest	☐ Ne	☐ Ano:
Dlouhodobě užívané léky	☐ Ne	☐ Ano:
Astma	☐ Ne	☐ Ano:
Srdeční onemocnění, operace, kardiostimulátor	☐ Ne	☐ Ano:
Vysoký krevní tlak	☐ Ne	☐ Ano. Hodnota:
Žloutenka	☐ Ne	☐ Ano. Typ:
Mononukleóza	☐ Ne	☐ Ano:
Revmatická horečka	☐ Ne	☐ Ano:
Cukrovka (tablety, injekce)	☐ Ne	☐ Ano:
Epilepsie	☐ Ne	☐ Ano. Léky?
HIV onemocnění	☐ Ne	☐ Ano:
Častější krvácení	☐ Ne	☐ Ano. Léčené?
Léky na ředění krve	☐ Ne	☐ Ano:
Jakékoliv jiné onemocnění nebo léčení	☐ Ne	☐ Ano:
Jste kuřák/kuřačka?	☐ Ne ☐ Ano	Ženy: Jste v jiném stavu? ☐ Ne ☐ Ano

INFORMACE PRO PACIENTY O PODMÍNKÁCH OŠETŘENÍ A DRŽENÍ ZÁRUK

Snažíme se vám poskytovat co nejlepší péči a proto neustále hledáme další možné postupy a ošetření, které by toto splňovaly. Standard, který české zdravotní pojišťovny drží, garantují a proklamují, je podle našich zkušeností nedostačující, a proto se snažíme uplatňovat takové postupy a ošetření, které jsou na úrovni dnešních poznatků stomatologie a které mohou z dlouhodobého hlediska obstát a zaručit Vám co nejdelší zdraví Vašich zubů.

Standardní záruku na výplně poskytujeme 6 měsíců. Prodlouženou záruku na výplně 18 měsíců poskytujeme pouze na základě dlouhodobého uplatňování preventivních návštěv a zlepšení úrovně hygieny PBI v kartě pacienta a to v případě celých 18 měsíců při stabilním PBI 20, které bude zjištěno opakovaným měřením a zápisem provedeným minimálně 4x za rok.

Záruku na protetické výrobky poskytujeme 24 měsíců. Záruka se vztahuje pouze na výrobek vlastní a neplatí v případě rozšíření léčby, změně diagnózy, sešlání pilíře a dalších indikací směřujících ke změně stavu v ústech pacienta od stavu počátečního, ve kterém byl protetický výrobek dodán.

Implantáty zavádíme pouze pacientům splňujícím parametry indexu PBI pro úspěšnou léčbu se stabilními výsledky. Podrobné informace Vám podá lékař při úvodní konzultaci implantace.

Hygieny v našich zařízeních můžete navštěvovat dle svých potřeb, nebo na její pokyn ohledně nutnosti péče či doporučení lékaře, obvykle 2x ročně. Budete překvapeni změnou pocitu zdravých zubů a dásní ve svých ústech.

INFORMACE O RUŠENÍ TERMÍNŮ

Upozorňujeme pacienty, že nebude-li objednaný termín zrušený min. 48 hodin předem, jsme oprávněni účtovat úhradu časové ztráty dle aktuálního ceníku.

POUČENÍ O NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Poučení o nahlížení do zdravotnické dokumentace a pořizování kopií, opisů a výpisů ze zdravotnické dokumentace 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“).

Ze zákona máte právo nahlížet do své zdravotnické dokumentace (dále jen „ZD“), kterou naše zdravotnické zařízení vede v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb Vaší osobě a pořizovat ze ZD kopie a výpisy. Vaší žádosti o pořízení kopie nebo výpisu ze ZD jsme schopni zpravidla vyhovět nejpozději do 3 pracovních dnů od jejího obdržení. Zákonná lhůta k vyřízení takové žádosti činí 30 dnů. Dovolujeme si Vás rovněž upozornit, že pořizování kopií a výpisů ze ZD je v souladu se zákonem zpoplatněno. Cena za jednu stranu kopie ZD činí 200 Kč vč. DPH.

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ (GDPR)

Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů v rozsahu poskytnutém zdravotnickému zařízení za účelem poskytování zdravotní péče, vedení zdravotnické dokumentace a komunikace ohledně:

- SMS upozornění na blížící se termín prohlídky nebo potřebnost objednání
- E-mailové informace o nabídkách a novinkách ordinace

PROHLÁŠENÍ A SOUHLAS

Prohlašuji, že:

- Údaje v anamnestickém dotazníku jsou správné a úplné
- Seznámil(a) jsem se s podmínkami ošetření, zárukami, informacemi o rušení termínů a ceníkem hrazených výkonů
- Byl(a) jsem poučen(a) o svém právu nahlížet do zdravotnické dokumentace
- Souhlasím se zpracováním osobních údajů dle GDPR pro výše uvedené účely

Jméno a příjmení:

Podpis:

Dne: