

Důvěrné osobní údaje - dítě do 18 let

(prosíme piště čitelně)

Příjmení dítěte		Jméno dítěte	
Rodné číslo		Telefon domů	
Příjmení a jméno matky		Příjmení a jméno otce	
Mobil matka		Mobil otec	

Adresa :

Email otce/matky:

Kontakt na dětského lékaře:

Souhlasím s podáváním informací o zdravotním stavu mého dítěte, nahlížením do zdravotnické dokumentace a pořizováním kopie zdravotnické dokumentace dalším osobám:

ANO

NE

Uveďte příjmení, jméno a kontakt na osobu s povolením:

Zdravotní pojišťovna: (prosíme zaškrtnout)
VZP ZPMA ZPMVČR ZPŠkoda ČPZP OZP VOZP RBP-ZP

Jiná zdravotní pojišťovna nebo samoplátce:

Prohlášení:

Já, níže podepsaný/á níže uvedeným podpisem potvrzuji:

1. že jsem byl/a seznámen/a s právem kdykoliv obdržet informace o rozsahu poskytovaných zdravotnických služeb mé osobě a tedy i s cenou těchto zdravotnických služeb,
2. že jsem byl/a obeznámen/a s příslušným storno poplatkem v případě neomluveného zrušení termínu s lékařem nebo dentální hygienistkou ve výši 600,- Kč za každých neomluvených 15 min. plánovaného času ošetření
3. souhlasím s nahlížením do mé zdravotnické dokumentace osobami majícím způsobilost k výkonu zdravotnického povolání,
4. že jsem se seznámil/a s obsahem dokumentu "Práva pacientů".

podpis rodiče

datum

obrátit

Důvěrné osobní údaje - dítě do 18 let

Vážení rodiče,

pro poskytnutí vysoce kvalitní zdravotní péče Vašemu dítěti, Vás žádáme o poskytnutí následujících informací:

Základní informace o zdravotním stavu Vašeho dítěte a okolnostech vztahující se k Vašemu dítěti:

Poslední návštěva u zubaře - datum

Hospitalizace v posledních 12 měsících:

Alergie

Užívá pravidelně léky

Užívá léky na ředění krve

Je řádně očkováno

Je v péči odborného lékaře

Vrozené vady dítěte

Má problémy s krevní srážlivostí

Prodělalo úraz hlavy

Má epilepsii

Má cukrovku

<input type="checkbox"/>	NE
<input type="checkbox"/>	NE
<input type="checkbox"/>	NE
<input type="checkbox"/>	NE
<input type="checkbox"/>	NE
<input type="checkbox"/>	NE
<input type="checkbox"/>	NE
<input type="checkbox"/>	NE
<input type="checkbox"/>	NE
<input type="checkbox"/>	NE
<input type="checkbox"/>	NE

<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	ANO

důvod:

důvod:

jaké:

jaké:

jaké:

chybí:

jakého:

jaké:

Prodělalo chronickou infekci např. mononukleóza, Hepatitida B a C, HIV

 NE ANO

Má chorobu:

Srdce

Jater

Ledvin

Štítné žlázy

<input type="checkbox"/>	NE
<input type="checkbox"/>	NE
<input type="checkbox"/>	NE
<input type="checkbox"/>	NE

<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	ANO
<input type="checkbox"/>	ANO

Má dítě jiná závažná/chronická onemocnění:

Existují nějaké negativní sociální a rodinné okolnosti týkající se dítěte

 NE ANO

podpis rodiče

datum

obrátit