

Vstupní dotazník pro vyšetření pohybového aparátu

Příjmení a jméno Datum narození
 Mobilní telefon Email Zdravotní pojišťovna
 Profese PSČ

Kde jste se o nás dozvěděli? Web vyhledávač: Web banner: Velkoplošná reklama: Článek: Doporučení:
 Proč jste se pro nás rozhodli?

Osobní anamnéza: (Prosíme, zakroužkujte vhodnou odpověď a doplňte Vaši diagnózu.)

Operace na vnitřních orgánech (datum, důvod, průběh)	ano	ne
Operace kostní a kloubní (datum, důvod, průběh)	ano	ne
Obtíže neurologické, nervosvalového přenosu (epilepsie, myastenie)	ano	ne
Vady srdce, cév (srdečního rytmu, hypertenze, varixy, žilní nedostatečnost)	ano	ne
Poruchy funkce štítné žlázy	ano	ne
Onemocnění páteře a velkých kloubů	ano	ne
Diabetes mellitus (I a II stupně)	ano	ne
Rakovinné onemocnění (rok a jaký orgán)	ano	ne
Jiné

Ženy: Těhotenství v současné době? ano ne Měsíc: Fyziologické Rizikové

Sporty: (Četnost, typ, pravidelnost)

Současné obtíže? S jakým problémem přicházíte? Co bolest vyvolává? Jaká je úlevová poloha? V čem vás bolest omezuje?

.....

Prodělal/a jste úraz? Uvedte prosím rok (případně Váš přibližný věk). Jaká část těla byla zraněna? V jakém rozsahu (podvrtnutí, zlomenina, autonehoda)?

.....

Informovaný souhlas:

Já, níže podepsaný/á, svým podpisem stvrzuji, že jsem seznámen se Smluvními podmínkami FYZIOklinika fyzioterapie s.r.o., sídlem Machkova 1642/2, Praha 4, 14900, IČ: 24222101, (dále jen „FYZIOklinika“). Smluvní podmínky FYZIOkliniky jsou k dispozici v čekárně nebo na internetu. Potvrzuji, že ve smyslu zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění, souhlasím, aby **FYZIOklinika zpracovávala mé osobní údaje**, včetně údajů o mém zdravotním stavu, které jsou uvedené v tomto dotazníku, a to za účelem zhodnocení vhodnosti léčebných a relaxačních procedur a kúr, popřípadě pro doporučení ozdravných a regeneračních opatření. Dále ve smyslu zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách v platném znění vyjadřuji **souhlas s poskytnutím zdravotních služeb a informací** v souladu s individuálním léčebným postupem dle Smluvních podmínek FYZIOkliniky. Dále ve smyslu zákona č. 480/2004 Sb. o některých službách informační společnosti v platném znění vyjadřuji svůj souhlas se **zasíláním obchodních sdělení výhradně pro budoucí komunikaci mezi klientem a FYZIOklinikou**. Svoje souhlasy stvrzuji na dobu neurčitou s tím, že jej mohu kdykoliv odvolat i jednotlivě a to písemným doručením odvolání na adresu sídla FYZIOkliniky nebo na emailovou adresu kontakt@fyzioklinika.cz.

V Praze dne

Podpis

Přítomnost osob připravujících se na výkon zdravotnického pracovníka na terapii klienta:

Výslovně tímto **ZAKAZUJI**, aby byly osoby získávající způsobilost k výkonu povolání fyzioterapeut, resp. masér, přítomny poskytování zdravotních, resp. masérských služeb, mě nebo osobě mnou zastupované. Rovněž zakazuji nahlížet těmto osobám do mojí zdravotnické dokumentace nebo dokumentace osoby mnou zastupované. Poučení je k dispozici v čekárně nebo na internetu.