|  |  |
| --- | --- |
|  | D32 s.r.o.Rohanské nábřeží 661/5, Praha 8, 18600IČ 24151831www.drstuchlik.czinfo@drstuchlik.cz+420 604 442 442+420 273 130 160  |

**KLIENTSKÁ KARTA**

**A. ÚDAJE NEZBYTNÉ PRO POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE**

\**PROSÍME, VYPLŇUJTE ČITELNĚ HŮLKOVÝM PÍSMEM*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Příjmení: | Jméno: | Titul: |
| Rodné příjmení: |  |  |
| Pohlaví: |  žena |  muž | Pojišťovna: | Telefon: |
| Datum narození: | Rodné číslo:  |  |
| Bydliště: | Město a PSČ: | Email: |
| Zaměstnání – pozice: |  |  |

1. **Máte alergii?**

Na: místní znecitlivění desinfekci náplast kosmetiku kovy

 alergie na léky (uveďte na jaké léky jste alergická/ý) ………………………………………………………………………..

Jiné: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Máte, nebo měla jste epilepsii?** ano ne
2. **Kouříte?** ano ne
3. **Užíváte léky?** ano ne

Jaké: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Jste diabetik?** ano ne
2. **Máte vysoký krevní tlak?** ano ne
3. **Máte poruchu krevní srážlivosti, nebo jinou krevní poruchu?** ano ne
4. **Další onemocnění:**

astma choroby srdce štítné žlázy střev jater plicní onemocnění

Jiné, uveďte: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

1. **Závažná kožní onemocnění:**

atopický ekzém kožní nádory

1. **Prodělané nemoci:**

žloutenka A žloutenka B žloutenka C borelióza zánět žil TBC encefalitida zápal plic renální nebo žluč. kolika zhoubný nádor opar HIV/AIDS

 jiné, uveďte: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Prodělané operace, prosím uveďte:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. **Pro klientky: Jste těhotná?** ano ne
3. **Nosil/a jste rovnátka?** ano ne
4. **Utrpěl/a jste někdy úraz obličeje?** ano ne

zlomení čelisti vyražený zub přeražený zub jiné: ………………………………………………..

1. **Trpíte krvácením z dásní?**  ano ne
2. **Trpíte slizničním onemocněním?** ano ne

D32 s.r.o. (provozující značku Dentální klinika Jan Stuchlík) je správcem Vašich osobních údajů a zpracovává osobní údaje v souladu s požadavky Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů. Tyto osobní údaje jsou shromažďovány, zpracovány a uchovány podle zákona č. 98/2012 Sb. vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a jsou tedy k poskytnutí zdravotní péče nezbytné. Tyto osobní údaje jsou podle zmíněných předpisů uchovávány po dobu 5 let od poslední návštěvy pracoviště. Po uplynutí této doby jsou skartovány tak, aby nebyla možná jejich rekonstrukce nebo identifikace.

V některých případech mohou být Vaše osobní údaje shromažďovány a dále zpracovávány na základě Vámi uděleného souhlasu, který vždy vyjadřuje svobodný, konkrétní, informovaný a jednoznačný projev Vaší vůle se zpracováním Vašich osobních údajů za daným účelem a jehož součástí je vždy informace o možnosti udělený souhlas kdykoliv odvolat.
Při zpracování Vašich osobních údajů nedochází k automatizovanému rozhodování, na jehož základě by byly činěny úkony či rozhodnutí, jejichž obsahem by byl zásah do Vašich práv či oprávněných zájmů.
Vaše osobní údaje jsou zpracovávány pouze po nezbytnou dobu, která je individuální pro jednotlivé účely zpracování.
Po uplynutí této doby jsou osobní údaje zlikvidovány nebo jsou dále uchovány po dobu stanovenou platným Spisovým a skartačním plánem, vydaným v souladu se zákonem č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě.
V souvislosti se zpracováním Vašich osobních údajů máte právo na přístup k Vašim osobním údajům, na
jejich opravu nebo výmaz, popřípadě omezení zpracování, vznést námitku proti jejich zpracování, případně uplatnit právo na přenositelnost údajů a další práva podle obecného nařízení o ochraně osobních údajů.
Svá práva a požadavky uplatňujte u ředitele/ky společnoti D32 s.r.o.

S těmito údaji pracují v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 výlučně zaměstnanci Dentální kliniky Jan Stuchlík, případně je poskytujeme v rámci plnění zákonné nebo smluvní povinnosti. Všechny osoby, kterým jsou údaje poskytnuty jsou vázány povinností mlčenlivosti. Podmínky zpracování a nakládání s osobními údaji klientů jsou upraveny ve zpracovatelských smlouvách mezi správcem a daným zpracovatelem. Společnost se zavazuje neposkytovat tyto údaje neoprávněně třetí straně.

Datum: ………………………………………………………. Podpis: ………………………………………………………………….

Jméno, příjmení a podpis případného zákonného zástupce osoby mladší 18 let:

Jméno a příjemní: ………………………………………………………………

Podpis: ………………………………………………………………………………

Pzn. Dentální klinika Jan Stuchlík je nesmluvní zařízení a zdravotní péče je tedy plně hrazena klienty. Přijímáme platby v hotovosti (CZK), kartou a po domluvě i převodem.

**DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE** (NEPOVINNÉ)

* **Jak jste se o klinice dozvěděli?**

doporučení od rodiny, přátel – Komu můžeme poděkovat za Vaše doporučení? ……………………………………………

tisk (internetový nebo tištěný)

přes internetový vyhledávač Google.com

přes internetový vyhledávač Seznam.cz

 Facebook

doporučení od jiného lékaře

billboard

stránky [www.drstuchlik.cz](http://www.drstuchlik.cz)

rádio

jiné ……………………………………………

* **Souhlasím se zasíláním newsletterů Dentální kliniky Jan Stuchlík**

ano ne

Souhlas je dobrovolný a je možné jej kdykoliv písemně odvolat. Udělení nebo odvolání souhlasu nemá žádný vliv na poskytování zdravotní péče.

* **Souhlasím s použitím anonymizovaných fotografií a rentgenových snímků (pouze zubů a nejbližšího okolí úst) pořízených při mém ošetřování pro účely prezentace Dentální kliniky Jan Stuchlík k marketingovým účelům.**

ano ne

Souhlas je dobrovolný a je možné jej kdykoliv písemně odvolat. Udělení nebo odvolání souhlasu nemá žádný vliv na poskytování zdravotní péče.

Souhlasím se shromažďováním, zpracováním a uchováním osobních údajů a sdělení informací podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Datum: ………………………………………………………. Podpis: ………………………………………………………………….

Jméno a podpis případného zákonného zástupce:……………………………………………………………………………………………………

S těmito údaji pracují v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 výlučně zaměstnanci Dentální kliniky Jan Stuchlík, případně je poskytujeme v rámci plnění zákonné nebo smluvní povinnosti. Všechny osoby, kterým jsou údaje poskytnuty jsou vázány povinností mlčenlivosti. Podmínky zpracování a nakládání s osobními údaji klientů jsou upraveny ve zpracovatelských smlouvách mezi správcem a daným zpracovatelem. Společnost se zavazuje neposkytovat tyto údaje neoprávněně třetí straně.

**Souhlas klienta s nahlížením do zdravotnické dokumentace, s pořizováním výpisů nebo kopií z ní a poskytováním informací o jeho zdravotním stavu**

|  |  |
| --- | --- |
| Já, níže podepsaný/á | ……………………………………….………………………………………. |
|  | (titul, jméno, příjmení) |
| Datum narození | ……………………………………….………………………………………. |
| Bytem | ……………………………………….………………………………………. |
| **určuji tímto** |
| ve smyslu § 65 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, |
| Pana/paní/právnickou osobu | ……………………………………….………………………………………. |
| Bytem/sídlem | ……………………………………….………………………………………. |
| Datum narození/IČO | ……………………………………….………………………………………. |
| jako fyzickou osobu/právnickou osobu, která je oprávněna nahlížet do mé zdravotnické dokumentace vedené poskytovatelem zdravotních služeb D32 s.r.o. se sídlem Rohanské nábřeží 661/5, Praha 8, 18600, IČ 241 51 831 (dále jen „Zdravotnické zařízení“), a pořizovat si z ní kopie nebo výpisy, a to |
| 1. v plném rozsahu
 |
| 1. v rozsahu omezeném na ……………………………………….……………………………………….
 |
| a zároveň |
| **uděluji souhlas** |
| ve smyslu ust. § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, |
| s tím, aby Zdravotnické zařízení a jeho zaměstnanci sdělili/sdělovali výše uvedené fyzické osobě/právnické osobě údaje nebo jiné skutečnosti, které se dozvěděl i v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb a které se týkají mého zdravotního stavu, a to |
| 1. v plném rozsahu
 |
| 1. v rozsahu omezeném na ……………………………………….……………………………………….
 |
|  |  |
| V Praze dne…………………………… |
|  Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \*úředně ověřený podpis klienta případně podpis klienta po předložení dokladu totožnosti zaměstnanci Zdravotnického zařízení |  |