

DOTAZNÍK K POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Vážený kliente,

rádi bychom Vás požádali o vyplnění krátkého dotazníku za účelem posouzení Vašeho zdravotního stavu v souvislosti s pobytem v Léčebných lázních Bohdaneč a.s. Veškerá osobní data se po vyplnění a odevzdání stanou součástí Vaší dokumentace. Tyto informace jsou důvěrné a slouží pouze pro potřebu lékaře. Vyplněný dotazník prosím přivezte s sebou a předložte při nástupu na pobyt. Děkujeme a přejeme Vám příjemný pobyt. Tým Léčebných lázní Bohdaneč

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____ Pobyt od: _____ do: _____

Typ pobytu: _____ E-mail: _____

Odpovězte, prosím, pravdivě na všechny otázky.

| | ANO | NE | KOMENTÁŘ KLIENTA |
|--|-----|----|------------------|
| S čím se léčíte? Uveďte prosím krátký popis diagnóz v komentáři. | | | |
| Máte v těle kardiostimulátor, kovy nebo implantáty (kloubů, obratlů, šrouby)? Pokud ano, kde? | | | |
| Máte nebo prodělal (a) jste v poslední době akutní onemocnění? | | | |
| Držíte nějakou zvláštní dietu? Pokud ano, specifikujte v komentáři. | | | |
| Léčíte se či máte obtíže s inkontinencí moči nebo stolice? | | | |
| Prodělal (a) jste operace, jakou a kdy? V komentáři, prosím, uveďte které. | | | |
| Jste / byl(a) jste onkologicky léčen(a)? Pokud ano, uveďte do komentáře, s čím nebo kdy byla léčba ukončena. | | | |
| Máte alergii? Pokud ano, specifikujte v komentáři. | | | |
| Popište krátce co Vás trápí, bolí a co očekáváte od léčebného pobytu. | | | |

Přehled léků, které užívám:

| Přesný název léku | Síla / mg | Ráno | Poledne | Večer |
|-------------------|-----------|------|---------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ:

- Prohlašuji, že podle mého nejlepšího vědomí jsou informace, které jsem uvedl v dotazníku pravdivé a úplné.
- Jsem si vědom/a právních následků nepravdivého čestného prohlášení i trestného činu šíření infekčního onemocnění COVID-19.
- Pokud se u mě v průběhu léčebného pobytu objeví příznaky onemocnění COVID-19 a budu pozitivně testován/a preventivním antigenním testem provedeným zdravotnickým pracovníkem, jsem povinen/povinna léčebný pobyt ukončit a opustit ubytovací zařízení.
- Dále prohlašuji, že jsem se seznámil se Všeobecnými obchodními podmínkami Léčebných lázní Bohdaneč a.s. včetně kontraindikací k pobytu a s veškerými informacemi o zpracování osobních údajů. Více informací na: https://llb.cz/wp-content/uploads/2024/04/Vseobecne-obchodni-podminky_LLB_web_2022_09_01.pdf
- Souhlasím s tím, že lékař pověřený vyhodnocením tohoto dotazníku může klasifikovat můj zamýšlený pobyt v Léčebných lázních Bohdaneč a.s. jako nevhodný nebo poskytování léčebně rehabilitační péče jako nepřipustné, což bude mít za následek, že mé přijetí k pobytu bude zamítnuto.

V _____, dne _____

Podpis klienta*Razítko a podpis lékaře.*