

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 prémiovém resortu Medical Spa. 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 Medical Spa

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____ Pobyt od: _____ do: _____

Typ pobytu: _____ E-mail: _____

Odpovězte, prosím, pravdivě na všechny otázky.

	ANO	NE	KOMENTÁŘ KLIENTA
Absolvoval jste již očkování na Covid-19? Pokud ano, vyplňte v komentáři datum poslední dávky.			
Prodělal jste onemocnění COVID-19 – kdy?			
Léčíte se s nějakým onemocněním? Pokud ano, uveďte prosím krátký popis diagnóz v komentáři.			
Máte v těle kardiostimulátor, kovy nebo implantáty (kloubů, obratlů, šrouby)? Pokud ano, kde?			
Máte nyní akutní onemocnění?			
Máte nějakou zvláštní dietu? Pokud ano, specifikujte v komentáři.			
Léčíte se s inkontinencí moči nebo stolice?			
Máte za sebou operace? V komentáři, prosím, uveďte které.			
Jste / byl(a) jste onkologicky léčen(a)? Pokud ano, uveďte do komentáře, s čím nebo kdy byla léčba ukončena.			
Léčíte se s alergií? 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://medi-spa.cz/wp-content/uploads/2022/09/Vseobecne-obchodni-podminky_LLB_web_2022_09_01.pdf
- Souhlasím s tím, že lékař pověřený vyhodnocením tohoto dotazníku může klasifikovat můj zamýšlený pobyt v Medical Spa jako nevhodný nebo poskytování léčebně rehabilitační péče jako nepřijatelné, což bude mít za následek, že mé přijetí k pobytu bude zamítnuto.

V _____, dne _____

Podpis klienta*Razítko a podpis lékaře.*