

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 operaci, jakou a kdy? V komentáři, prosím, uveďte kterou / které.			
Jste/byl(a) jste onkologicky léčen(a)? Pokud ano, uveďte do komentáře, s čím nebo kdy byla léčba ukončena.			
Máte alergie? 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.
- 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/2024/11/Vseobecne-obchodni-podminky_LLB_web_2024_11_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 nepřijatelné, což bude mít za následek, že mé přijetí k pobytu bude zamítnuto.

V _____, dne _____

Podpis klienta*Razítko a podpis lékaře.*