

Vážená pacientka, vážený pacient,

ďakujeme, že ste sa pri výbere zubných ambulancií rozhodli pre našu kliniku modernej stomatológie Rosa Dental Clinic. Aby sme Vám mohli poskytnúť, čo najvhodnejšie ošetrovanie s prihliadnutím na Vaše potreby, radi by sme Vás požiadali o vyplnenie **vstupného dotazníka a anamnestického dotazníka pacienta**.

Rosa Dental Clinic má zavedený objednávkový systém na základe, ktorého pre každého nášho pacienta rezervujeme termín výhradne len pre neho.

Preto Vás chceme požiadať, aby ste nám **zmenu termínu** z Vašej strany oznámili vždy **24 hodín vopred** - pred pôvodným termínom ošetrovania.

V prípade **zmeny Vašej zdravotnej poisťovne**, prosíme vždy neodkladne **informujte** o tejto zmene **repciu** Rosa Dental Clinic.

Ďakujeme za Váš čas a podrobné vyplnenie dotazníkov

Tím Rosa Dental Clinic

Pacient

Meno, Priezvisko, Titul:

Rodné číslo: Dátum narodenia:

Zdravotná poisťovňa: EÚ-poisťovňa (IČP):

Bydlisko pacienta

Ulica, číslo: Mesto PSČ:

Kontakt

Telefonický kontakt: e-mail:

Iné telefonické kontakty (príbuzný alebo blízka osoba pacienta)

Zamestnanie pacienta:

Rosa Dental Clinic Vám bola odporučená:

- známym, rodinou (príp. uviesť meno)
- webstránka, internet
- od iného lekára (príp. uviesť meno)
- iné

Vážená pacientka, vážený pacient,
ošetrojúci zdravotný personál Rosa Dental Clinic, Dental Care Dr. Rosa, s. r. o. (Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti), sa zaväzuje zachovávať mlčanlivosť o všetkých údajoch týkajúcich sa pacienta, vrátane údajov o zdravotnom stave, osobných identifikačných údajov, o ktorých sa v súvislosti s ošetrením dozvie. Súčasne sa zaväzuje zabezpečiť tieto údaje pred zneužitím tretími osobami. Povinnosť zachovávanía mlčanlivosti v zmysle uvedeného sa nevzťahuje na odovzdanie inak utajených údajov o zdravotnom stave pacienta príslušnému lekárovi, ak to bude nevyhnutné pre záchranu života a zdravia pacienta a ak pacient nebude pre svoj zdravotný stav spôsobilý dať k takémuto poskytnutiu údajov predchádzajúce prívolenie. Ošetrojúci lekár si vyhradzuje právo odmietnuť vykonanie ošetrenia v prípade, ak zistí, že pacient poskytol nepravdivé údaje, zamlčal akýkoľvek údaj o jeho zdravotnom stave alebo odmietol poskytnúť informáciu týkajúcu sa jeho zdravotného stavu, za predpokladu, že na poskytnutie ošetrenia v takom prípade, nie sú vytvorené vhodné podmienky. Uvedené sa nevzťahuje na poskytnutie akútnej starostlivosti, ktorá neznesie odklad.

Zároveň by sme Vás chceli informovať, všetky náklady spojené s ošetrením podľa vystaveného účtu za ošetrovanie, je potrebné uhradiť v deň ošetrenia, ak nebolo dohodnuté inak, najneskôr však do 7 dní odo dňa ošetrenia a vystavenia účtu a to len na základe dohody s príslušným zamestnancom Rosa Dental Clinic, Dental Care Dr. Rosa, s.r.o. .

Dole podpísaný pacient/pacientka týmto vyhlasuje, že:

- zo strany Poskytovateľa zdravotnej starostlivosti mu bolo umožnené riadne sa oboznámiť s aktuálnym cenníkom za poskytovanie zdravotnej starostlivosti, cenník je umiestnený na dostupnom mieste na recepcii Poskytovateľa a je k dispozícii k nahliadnutiu každému pacientovi a zároveň je k dispozícii k nahliadnutiu na web stránke www.rosadentalclinic.sk
- je si vedomý, že Poskytovateľ poskytuje nadštandardnú zdravotnú starostlivosť v rozsahu a za úhradu špecifikovanú v Cenníku
- na základe dohody s Poskytovateľom, pacient má záujem o poskytnutie nadštandardnej zdravotnej starostlivosti zo strany Poskytovateľa a súhlasí s úhradou za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti zo strany Poskytovateľa v súlade s cenníkom
- sa zaväzuje pokryť platby za služby a iné výdaje spojené s jeho ošetrením, ktoré nie sú kryté inými finančnými zdrojmi a bezodkladne plniť všetky svoje potrebné finančné záväzky voči Rosa Dental Clinic, Dental Care Dr. Rosa, s.r.o.

Dolupodpísaný týmto potvrdzujem, že všetky vyššie uvedené informácie som si prečítal/a, bol mi poskytnutý dostatočný časový priestor, aby som sa s obsahom vyššie uvedených informácií riadne oboznámil/a, porozumel/ a a s vyššie uvedeným súhlasím.

Bratislava, dňa Podpis pacienta/zákonného zástupcu

Ďakujeme Vám za prejavenú dôveru pri výbere našej zubnej ambulancie a poskytovaní ošetrenia v Rosa Dental Clinic, Dental Care Dr. Rosa, s. r. o. .

Tím Rosa Dental Clinic