

Čestné prohlášení o zdravotním stavu

Vážený kliente,
veškerá osobní data o Vašem zdravotním stavu se po vyplnění a odevzdání tohoto čestného prohlášení stanou součástí zdravotní lázeňské dokumentace. Tyto informace jsou důvěrné a slouží pouze pro potřebu lékaře a zdravotních sester našeho lázeňského zařízení. Odpovězte, prosíme, pravdivě na všechny otázky, popř. napište křížek do čtverečku, který přísluší Vaší odpovědi.

Jméno a příjmení, titul:.....

Datum narození: **Telefon:**.....

1. Jste v současnosti léčen/a, nebo byl/a jste v nedávné minulosti léčen/a pro nějakou z těchto chorob?

- infekční / nakažlivé nemoci (např. COVID, chřipka, angína, žloutenka, pohlavní choroby, opary)
- inkontinence / neudržení moči nebo stolice**
- nehojící se kožní rány / defekty jakéhokoliv původu (bércový vřed, růže)
- hypertenze / vysoký krevní tlak / hypotenze / nízký krevní tlak**
- arytmie / nepravidelný rytmus srdce / nebo jiná onemocnění srdce**
- stavy po hlubokém zánětu žil / trombóze (do 3 měsíců po odeznění nemoci)
- stavy po povrchovém zánětu / tromboflebitě (do 6 týdnů po odeznění nemoci)**
- diabetes mellitus (nevyrovnaná hladina cukru na léčbě)
- fáze psychóz a duševní poruchy v kontrolách psychiatra**
- závislost na alkoholu a návykových látkách
- zhoubné nádory** epilepsie (záchvaty) těhotenství

2. Jste v současnosti odkázán/a na pomoc druhé osoby při sebeobsluze?

ANO NE Pokud ANO uveďte jakou:

3. Máte v současné době nějaká další výše neuvedená onemocnění či obtíže nebo byste rád/a sdělil/a lékaři nějaké jiné skutečnosti týkající se Vašeho zdravotního stavu?

ANO NE

4. Jste očkovaní proti COVID-19

ANO NE Pokud ANO uveďte počet dávek a termín poslední dávky:
.....

4. Kardiostimulátor (budík) ANO NE

5. Stenty (kovové trubičky) ANO NE

6. Kovy (endoprotéza, atd.) ANO NE Pokud ANO uveďte kde:

7. Alergie ANO NE Pokud ANO uveďte jaké:

Užíváte pravidelně nějaké léky? ANO NE Pokud ANO uveďte jaké:

.....
.....

V případě, že jste v některém z uvedených dotazů uvedli odpověď ANO, poradte se o absolvování lázeňského pobytu s Vaším lékařem nebo si objednejte lékařskou konzultaci v našem lázeňském zařízení, při níž je vhodné předložit výpis z Vaší zdravotní dokumentace.

Lázně Mšené jsou zaměřené na léčbu pohybového aparátu, ale již vzhledem k povaze a vzdálenostem mezi všemi lázeňskými objekty, je vyžadována alespoň částečná pohyblivost pacienta, plná samostatnost v sebeobsluze a orientace pacienta v prostředí. Pro osoby se sníženou pohyblivostí, ztíženou motorikou, se ztrátami rovnováhy nebo orientace apod. nejsou naše lázně připraveny odpovídající služby zajistit, jak vždy včas informujeme na našich webových stránkách, informačních materiálech a při komunikaci s obchodním oddělením a recepcí při rezervaci pobytů pacientů. Takto indisponované osoby mohou v Lázních Mšené čerpat služby a pobyt pouze po dohodě a s vlastním doprovodem (doprovod lze žádat i přes ZP). Odpovídající zdravotní stav pacientů je proto zcela nezbytnou podmínkou pro využití našich služeb.

Pokud u klienta lázní během čerpání lázeňského či wellness pobytu bude naměřena teplota vyšší než 37.2 °C a budou zjištěny příznaky dýchacího onemocnění (kašel, dušnost, rýma) a/nebo trávicího systému (průjem, zvracení či nevolnost), pak je klient povinen bez zbytečného odkladu pobyt ukončit a opustit areál lázní. O těchto potížích klient před svým odjezdem informuje osobně či telefonicky zdravotní sestru lázní.

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že podle mého nejlepšího vědomí jsou výše uvedené informace v dotazníku pravdivé a úplné. Informace, které pokládám za příliš důvěrné či osobní sdělím lékaři v průběhu zdravotní prohlídky. Prohlašuji, že nejsem v karanténě a v posledních 10 dnech jsem nepřišel/nepřišla do kontaktu s nikým, kdo trpí infekčním onemocněním. Jsem si vědom(-a) skutečnosti, že zatajením důležitých informací o mém zdravotním stavu беру на себе spoluzodpovědnost za případné chybné posouzení mé zdravotní způsobilosti k absolvování lázeňského pobytu, a plnou zodpovědnost za případné škody, které by takovým mým jednáním Lázním Mšené, a.s. vznikly.

Klient zdravotní pojišťovny: komplexní nebo příspěvková lázeňská léčba

Beru na vědomí, že v případě svévolného ukončení lázeňského pobytu a opuštění lázní bude ze strany zařízení požadována úhrada denních nákladů ve výši 1.000,- Kč za každý předčasně ukončený lázeňský léčebný den.

S plným vědomím, svobodně a vážně potvrzuji, že zcela souhlasím s čerpáním procedur obsažených ve zvoleném lázeňském rekondičním / léčebném pobytu a беру на vědomí případná doporučení lékaře, zdravotní sestry a dalších odborných pracovníků poskytovatele.

Datum.....

Podpis klienta

Klient samoplátce:

Na základě příjmu v lázeňském zařízení u zdravotní sestry prohlašuji, že se cítím zcela zdrav, nemám žádné zdravotní obtíže a nepřeji si konzultaci u lázeňského lékaře při tomto lázeňském léčebném / rekondičním pobytu a беру на себе plnou odpovědnost za toto rozhodnutí.

Datum.....

Podpis klienta