

**Ordinace praktického lékaře pro osoby ohrožené sociálním vyloučením**  
Jana Palacha čp. 324, Pardubice, areál Nízkoprahového denního centra  
MUDr. Zdena Zbytková, MUDr. Hana Kratochvílová tel. 605 001 256  
ordinační doba: středa 7:30 - 11:30 hod. ambulance, 11:30 – 13:30 hod. návštěvy

objednací formulář pacienta

**Jméno a příjmení pacienta:** \_\_\_\_\_

**Datum narození:** \_\_\_\_\_

**Důvod objednání:** (zaškrtnout správnou variantu)

- mám praktického lékaře v jiném městě, ale zdržuji se v Pardubicích
- mám praktického lékaře v Pardubicích a chci se přeregistrovat
- neznám (nepamatuji si) svého praktického lékaře a zdržuji se v Pardubicích

**Lékaře potřebuji z důvodu:** (zaškrtnout správnou variantu)

- akutního zdravotního problému
- vystavení potvrzení o zdravotním stavu
- potřebuji preventivní prohlídku
- řeším dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav (žádost o přiznání invalidního důchodu, příspěvek na péči atd.)

**Budu se registrovat jako stálý pacient:** ANO/NE (zaškrtnout)

**Název organizace/sociální služby,**

jehož jsem klientem/klientkou: \_\_\_\_\_

**Kontaktní pracovník:**

(jméno příjmení, e-mail/tel.): \_\_\_\_\_

**Prohlášení klienta**

V souladu s ust. § 51 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění, zprošťuji ošetřující lékařku mlčenlivosti vůči sociálnímu pracovníkovi uvedenému v tomto formuláři v rozsahu nezbytném při řešení mé nepříznivé sociální situace a zdravotního stavu.

V souladu s ust. § 100 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, zprošťuji výše uvedeného sociálního pracovníka mlčenlivosti vůči ošetřující lékařce ohledně osobních údajů a dalších informací o mé osobě v rozsahu nezbytném při řešení mé nepříznivé sociální situace a zdravotního stavu.

Souhlasím/nesouhlasím se shromažďováním, uchováváním a zpracováním mých osobních údajů obsažených v tomto formuláři výše uvedenou organizací/sociálním pracovníkem pro účely monitorování návštěvnosti ordinace praktického lékaře pro osoby ohrožené sociálním vyloučením. Souhlas uděluji na dobu, kdy jsem klientem soc. služby nebo do doby výslovného odvolání. Prohlašuji, že jsem byl/a s projektem seznámen/a a že údaje obsažené ve formuláři jsou přesné a pravdivé a jsou poskytovány dobrovolně.

Datum a podpis klienta: \_\_\_\_\_