

REGISTRAČNÍ FORMULÁŘ

Já, dále podepsaný/á

jméno, příjmení, titul

narozen/a

rodné číslo/číslo pojištěnce

bytem trvale/přechodně

tel.

e-mail

zdravotní pojišťovna

výslovně žádám, abych byl/a registrována k poskytování **pravidelné zdravotních služeb**, a to v oboru **stomatologie** (dále také „**zdravotní služby**“), poskytované společností Svět Stomatologie s.r.o., sídlem Plzeňská 2621/2, Zábřeh 700 30, Ostrava, IČO 223 46 287 (dále také „**Zdravotnické zařízení**“).

Pro účely registrace za účelem poskytování zdravotních služeb ve Zdravotnickém zařízení **prohlašuji, že** k poskytování zdravotních služeb v oboru stomatologie v tomto okamžiku nejsem registrován/a v jiném zdravotnickém zařízení/jsem registrován/a v jiném zdravotnickém zařízení, a to v _____ (dále také „**Dosavadní zdravotnické zařízení**“) a **jsem si vědom/a, že podpisem tohoto registračního listu dochází ke zrušení mé registrace u Dosavadního zdravotnického zařízení.**

Pro účely poskytování zdravotních služeb ve Zdravotnickém zařízení stvrzuji, že:

- jsem byl/a seznámen/a s ordinačními dny a ordinačními hodinami, ve kterých jsou zdravotní služby poskytovány; tyto informace jsou k dispozici rovněž na webových stránkách Zdravotnického zařízení na www.stomatologopava.cz.
- jsem byl/a seznámen/a s tím, že neakutní zdravotní služby jsou obvykle poskytovány na základě předchozího objednání dle možností Zdravotnického zařízení, akutní zdravotní služby jsou poskytovány obvykle i bez předchozího objednání dle možností Zdravotnického zařízení; o rozlišení akutních a neakutních zdravotních služeb a možnostech Zdravotnického zařízení rozhoduje v konkrétním případě ošetřující lékař.
- jsem si vědom/a a zavazuji se dodržovat stanovené léčebné plány a postupy, včetně stanovených termínů pro jednotlivé úkony poskytovaných zdravotních služeb (včetně úkonů preventivních),
- **jsem si vědom/a toho, že v případě, kdy:**
 - (i) **budu závažným způsobem omezovat práva ostatních pacientů;**

- (ii) budu soustavným způsobem nedodržovat navržený individuální léčebný postup, pokud jsem s poskytováním zdravotních služeb vyslovil/a svůj souhlas;
- (iii) se neřídím vnitřním řádem Zdravotnického zařízení;
- (iv) přestanu poskytovat součinnost nezbytnou pro další poskytování zdravotních služeb;

a mé chování nebude souviset s mým zdravotním stavem,

je Zdravotnické zařízení oprávněno ukončit péči o mně a poskytování zdravotních služeb, leda by tak mohlo dojít k ohrožení mého života nebo vážnému poškození mého zdraví.

Pro výše uvedené účely potvrzuji, že jsem byl/a informován/a, že vnitřní řád Zdravotnického zařízení je k dispozici na www.stomatologopava.cz

- jsem byl/a informován, že vždy před zahájením poskytování zdravotních služeb v případě, kdy nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, případně jsou hrazeny z uvedených prostředků jen částečně, budu o této skutečnosti Zdravotnickým zařízením informován/a, stejně jako budu informován/a o výši případné platby, kterou budu povinen/povinna uhradit tak, abych se mohl/a rozhodnout o tom, zda chci, aby mi takováto péče byla či nebyla poskytnuta.
- jsem byl/a informována o tom, že v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb bude Zdravotnické zařízení v souladu s platnou právní úpravou České republiky uchovávat a případně také zpracovávat některé mé osobní údaje, včetně jména, příjmení, případně rodného příjmení, data narození, rodného čísla, adresy trvalého či přechodného bydliště, telefonního čísla, e-mailové adresy apod., včetně informací o poskytovaných zdravotních službách a uvedenou skutečnost беру na vědomí.
- souhlasím s tím, aby v případě, kdy bude Zdravotnické zařízení mít takovouto službu zřízenou, ve prospěch čísla mého mobilního telefonu, případně ve prospěch mé e-mailové adresy zasílalo informace a upozornění o plánovaných termínech poskytnutí zdravotních služeb s tím, že **tento souhlas mohu kdykoli odvolat.**

V _____ dne _____

podpis