

## Vstupní dotazník nového klienta DermaEstetik

Příjmení:  Jméno:  Dat.nar.:  /  /

Rodné číslo:  :  Stát:

Město:  Ulice:

PSČ:  mail:

zaměstnání:  práce venku:  Ano/Ne práce PC:  Ano/Ne

**Proč k nám do Dermaestetik přicházíte, co a kde chcete řešit, jak Vám můžeme pomoci?**

(**Typy ošetření:** odstranění znaménka, kožního výrůstku, VYP- výplně kys. hyaluronovou /lokalita/, BOT aplikace botulotoxinu /lokalita/, Konzultace vrásek, akné apod., Nižový lifting, mezonitě - konzultace, apod., laserová epilace, hydratace, lifting, ...)

Byl/a jste v posledním roce na stejném zákroku:  Ano/Ne Lokality a značka:

Poslední zákrok/ošetření proběhla v ordinaci MUDr.:

Uvedte přehled estetických zákroků v ošetřované oblasti v posledních 2 - 3 letech:

### ZÁKLADNÍ ANAMNÉZA

**OA - osobní anamnéza, (Váš zdravotní stav, nemoci, prodělané operace,) hodící se zakroužkujte:**

Výška: <input type="text"/> cm	Váha: <input type="text"/> kg
Porucha srážlivosti krve: <input type="text"/> Ano/Ne	Kardiostimulátor: <input type="text"/> Ano/Ne
Tendence k tvorbě koloidních jizev: <input type="text"/> Ano/Ne	Neurologické onemocnění: <input type="text"/> Ano/Ne
Diabetes: <input type="text"/> Ano/Ne	Porucha jater nebo ledvin: <input type="text"/> Ano/Ne
Generalizované porucha svalové aktivity: <input type="text"/> Ano/Ne	Zvýšený sklon k otokům: <input type="text"/> Ano/Ne
Problémy s krevním tlakem: <input type="text"/> Ano/Ne	<input type="text"/> Vyšší/Nižší
Onkologické onemocnění: <input type="text"/> Ano/Ne	Psychické onemocnění: <input type="text"/> Ano/Ne
Akutní infekce: <input type="text"/> Ano/Ne	Náchylnost k výskytu oparů: <input type="text"/> Ano/Ne
Epilepsie: <input type="text"/> Ano/Ne	Kovové implantáty: <input type="text"/> Ano/Ne
Kožní onemocnění: <input type="text"/>	

(Lupenka, vitaliga, virové bradavice, kožní nádory, ...)

**RA - rodinná anamnéza** (běžné nemoci, onkologická onemocnění, autoimunitní onemocnění)

**FA - farmakologická anamnéza** (léky které pravidelně užíváte vč. antikoncepce )

**AI - alergologická anamnéza** (alergie kterými trpíte vč. alergie na léky, sóju, vejce i Vaše podezření na alergie)

**GA -** (Menstruace/menopauza, kojení, těhotenství)

Menstruace od:  let    Menopauza od:  let    Kojení:  Ano/Ne    Těhotenství:  Ano/Ne  
Další ....

**Abúzus**

Kouření:  Ano/Ne    Počet ks/den:   
Alkohol:  Ano/Ne/Příležitostně  
Drogy:  Ano/Ne

**Souhlas se zpracováním osobních údajů**

Svým podpisem uděluji souhlas MUDr. Martina Hamadová, ambulance estetické a laserové dermatologie - estetické a laserové studio, IČO: 49965697, DIČ: CZ7255234063, se sídlem: J. Palacha 21, 690 02 Břeclav, aby ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (Obecné nařízení o osobních údajů) (dále jen "Nařízení") zpracovala tyto osobní údaje:

- identifikační a adresní údaje: jméno, příjmení, akademický titul, datum narození, rodné číslo, trvalá nebo kontaktní adresa bydliště
- Elektronické kontaktní údaje: telefon, e-mailová adresa
- Zdravotní stav
- Lékařské zprávy
- Fotografie

Tento souhlas uděluji dobrovolně a jsem si vědom/a, že ho mohu kdykoliv odvolat, a to stejným způsobem, kterým jsem jej udělil/a.

**Datum:** .....

**Podpis:** .....