

pre ošetrujúceho lekára

## DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Kód poisťovne .....  
**POISTENEC**  
poistenec

praktický lekár pre dospelých	praktický lekár pre deti	<del>gynakológ</del>	stomatológ
----------------------------------	-----------------------------	----------------------	------------

rodné číslo ..... / .....  
trvalý pobyt .....  
prechodný pobyt\*\*\* .....

### Uzavieram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

S MUDr. Martin Korčok                      č. tel. 036 75 111 57  
so sídlom Záhradnícka 4, Štúrovo 943 01 od dátumu .....

Mojim predchádzajúcim lekárom bol v mieste trvalého\* -  
prechodného\* pobytu  
MUDr.....č.tel.:.....  
so sídlom.....od dátumu: .....

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu  
dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným lekárom.

V.....Dátum:.....

Podpis poistenca (zákonného zástupcu):

### LEKÁR

Akceptujem návrh poistenca na uzavretie dohody o poskytovaní  
zdravotnej starostlivosti.

Kód lekára:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------

Kód ambulancie:

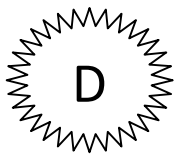
P

Dátum:

Pečiatka a podpis lekára:

\* nehodiace sa preškrtnúť

\* vyplniť iba v prípade prechodného pobytu



## Vstupný anamnestický dotazník

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_  
Bydlisko : \_\_\_\_\_  
Rodné číslo : \_\_\_\_\_  
Poistovňa : \_\_\_\_\_  
telefonický kontakt: : \_\_\_\_\_  
email: \_\_\_\_\_

### Ochorenia v rodine: \*/

matka: cukrovka  , vysoký tlak  , nádorové ochorenie   
otec: cukrovka  , vysoký tlak  , nádorové ochorenie   
súrodenci: počet:  
sestra : cukrovka  , vysoký tlak  , nádorové ochorenie   
brat : cukrovka  , vysoký tlak  , nádorové ochorenie

### Ochorenia vlastné:

reumatická horúčka  : v roku \_\_\_\_\_  
ochorenie srdca  : v roku \_\_\_\_\_  
ochorenie pľúc  : v roku \_\_\_\_\_  
ochorenie obličiek  : v roku \_\_\_\_\_  
cukrovka  : od roku \_\_\_\_\_  
vysoký krvný tlak  : od roku \_\_\_\_\_  
iné ochorenie  : v roku \_\_\_\_\_ typ: \_\_\_\_\_

### Užívam lieky:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Alergia na :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Prekonané operácie:

v roku \_\_\_\_\_ typ: \_\_\_\_\_  
v roku \_\_\_\_\_ typ: \_\_\_\_\_

### Gynekologické údaje:

Menses prvý krát: \_\_\_\_\_ ročná  
Cyklus: 25-28dní  , 29-32dní  , 33-35dní  , viac ako 35dní   
Posledná menses: \_\_\_\_\_

### Pôrody:

v roku \_\_\_\_\_ CH  / D  , \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ g , kojila som A- ,N-  
v roku \_\_\_\_\_ CH  / D  , \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ g , kojila som A- ,N-

### Potraty:

v roku \_\_\_\_\_  
v roku \_\_\_\_\_

### Interupcie:

v roku \_\_\_\_\_  
v roku \_\_\_\_\_

### Gynekologické ochorenia:

typ: \_\_\_\_\_  
typ: \_\_\_\_\_

### Antikoncepcia:

typ: \_\_\_\_\_ od roku \_\_\_\_\_  
typ: \_\_\_\_\_ od roku \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpisateľ dotazníka

1. Vytlačiť
2. Vyplniť A,B,C,D
3. Podpísať a poslať poštou alebo
4. Oskenovať a poslať mailom

adresa: Femina-M, s.r.o., Záhradnícka 4, Štúrovo 943 01

\*/ krížikom označte platné