

Jméno, příjmení klienta:.....

RČ: datum narození:..... Pojišťovna:.....

Adresa (trvalé bydliště):.....

Státní občanství:.....

Kontaktní adresa (je-li odlišná od trvalého bydliště):

E-mail na rodiče/opatrovníka dítěte:.....

Telefon na rodiče/opatrovníka dítěte:.....

Jméno, příjmení matky:..... Profese (nepovinné):.....

Jméno, příjmení otce:..... Profese (nepovinné):.....

Jméno, příjmení a kontaktní adresa soudem přiděleného opatrovníka (pokud se nejedná o matku a otce dítěte):.....

Sourozenci (jména, věk):.....

Jméno dětského praktického lékaře:.....

V péči dalších lékařů (neurolog, psycholog, psychiatr, ORL lékař, foniatr, oční lékař, ...).....

(zprávy z vyšetření prosím vezměte na první návštěvu s sebou)

Používané pomůcky, o kterých by měl být logoped informován (brýle, sluchadlo, inzulinová pumpa atp.):.....

Jazyky, který dítě užívá ke komunikaci (v pořadí dle četnosti):.....

K vyšetření odesílá:.....

Předchozí logopedická péče: ano.....ne.....Jméno logopeda:.....

Věk dítěte v době 1. vyšetření:..... Školka, škola:.....

Prohlašuji, že v případě, že je dítě nosičem infekčního onemocnění, či se s nositelem infekčního onemocnění setkalo nebo u něj dojde ke změně zdravotního stavu, budu o této skutečnosti ošetřujícího logopeda informovat.

Souhlasím, aby dítě na konci sezení dostalo sladkost jako odměnu.

Preferuji jiný druh odměn (obrázek, nálepka...).

Souhlas se zpracováním osobních údajů

Vyjadřuji tímto svůj souhlas jako svůj svobodný, konkrétní, informovaný a jednoznačný

projev vůle Ambulanci klinické logopedie, Mgr. Zuzany Lebedové, Kollárova 221, Český Brod, 282 01, IČO: 02110377, IČZ: 28 191 001 (dále jen „správce“), aby v souladu s obecným nařízením EU o ochraně osobních údajů fyzických osob č. 679/2016 (dále jen „GDPR“) zpracovával tyto osobní údaje mého syna/dcery a zároveň údaje o rodičích, jakožto zákonných zástupcích dítěte, a to v rozsahu, který je uveden výše.

Dále souhlasím s tím, aby správce zpracovával údaje o zdravotním stavu mého dítěte vyplývající z průběhu jednotlivých diagnostických a terapeutických sezení a dále anamnestické údaje.

Tyto osobní údaje je nutné zpracovat pro účel klinicko-logopedické péče. Údaje budou správcem zpracovány po dobu nezbytně nutnou k naplnění výše uvedeného účelu.

S výše uvedeným zpracováním vyjadřuji svůj výslovný souhlas.

Poučení správce: Jako pacient/zákonný zástupce pacienta máte právo na přístup k osobním údajům vedeným o Vás/Vašem dítěti. Pokud shledáte, že nejsou vedeny osobní údaje správně či jsou nepřesné, máte právo požádat o opravu osobních údajů. Rovněž máte právo na výmaz osobních údajů v rozsahu dobrovolně poskytnutých osobních údajů, tj. v rámci plnění smluvní povinností. Naopak se nelze domáhat výmazu osobních údajů, které je poskytovatel zdravotních služeb povinen shromažďovat, a to na základě právní povinnosti (povinnost uložená právní předpisem), tj. v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, které Vám/Vašemu dítěti poskytuje.

Jako pacient/zákonný zástupce můžete podat stížnost u dozorového úřadu, pokud se domníváte, že zpracováním Vašich osobních údajů dochází k porušení právních předpisů o ochraně osobních údajů. Stížnost můžete podat u dozorového úřadu, kterým je pro území ČR Úřad pro ochranu osobních údajů, se sídlem Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7 (www.uoou.cz).

Vyplnil:.....,v Českém Brodě dne

Vztah k ošetřované osobě:.....Podpis:.....

Razítko a podpis poskytovatele zdravotní péče a správce:

