

Jméno, příjmení klienta:.....

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

Pohlaví určené po narození:.....

Číslo a druh identifikačního dokladu:.....

Adresa (trvalé bydliště):.....

Státní příslušnost:.....

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

E-mail:..... Telefon:.....

Profese:.....

Jméno, příjmení soudem přiděleného opatrovníka (u dospělých osob se sníženou způsobilostí
k právním úkonům):.....

Jméno 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.):.....

Mateřský jazyk: Další jazyky:.....

Jsem držitelem řidičského průkazu (ano/ne):..... Zbrojního průkazu:.....

Jsem držitelem průkazu ZTP, ZTP/P:

K vyšetření odesílá:.....



Prohlašuji, že v případě, že jsem nositelem infekčního onemocnění, či se s nositelem
infekčního onemocnění setkám nebo u mne dojde ke změně zdravotního stavu, budu o této
skutečnosti ošetřujícího logopeda informovat.

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 mé osobní údaje, a to
v rozsahu, který je uveden výše.

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 máte právo na přístup k osobním údajům vedeným o Vás. Pokud shledáte, že nejsou vedeny osobní údaje správně či jsou nepřesné, máte právo požádat o opravu svých osobních údajů. Rovněž máte právo na výmaz svých 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 poskytuje.

Jako pacient 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

Podpis:.....

Razítko a podpis poskytovatele zdravotní péče a správce: