

PSYCHOTERAPIE BŘEH

**Středisko psychologických služeb Břehová, s.r.o., Rašínovo nábřeží 38/406,
128 00 Praha 2, IČ 48536482**

Číslo karty (nevyplňujte)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

(číslo pojištěnce, pokud se neshoduje s r.č.)

Datum narození:

Zdrav.poj.:

Rodinný stav:

Bydliště trvalé:

Bydliště (kontaktní):

tel.:

e-mail:

A. Prohlašuji, že jsem k dnešnímu dni registrován(a) jako pojištěnec výše uvedené zdravotní pojišťovny. Dále se zavazuji, že každou změnu zdravotní pojišťovny neprodleně nahlásím příjmové kanceláři výše uvedeného poskytovatele zdravotních služeb.

B. Byl(-a) jsem poučen(-a) o podmínkách poskytování ambulantní péče a souhlasím s jejím poskytováním.

C. Zavazuji se, že nedostavím-li se – ať již z jakýchkoli důvodů - bez řádné omluvy (nejméně 10 dní před dohodnutým termínem), zaplatím „rezervovanou nevyužitou hodinu“ dle platného ceníku poskytovatele (vyvěšen ve veřejném prostoru poskytovatele).

D. Vyslovuji zákaz poskytovat komukoliv informace o mém zdravotním stavu a nahlížet do mé zdravotní dokumentace či pořizovat z ní kopie (s výjimkou osob stanovených zák. č. 372/2011 Sb. v platném znění).

E. V případě, že nezakazuji podávat informace o svém zdravotním stavu, přeji si, aby takové informace byly podávány:

Jméno a příjmení:

adresa:

tel.:

Přeji si, aby se tato osoba mohla seznámit s těmi výpisy zdravotní dokumentace, které umožňuje zpřístupnit platná právní úprava.

(D nebo E – nehodící se škrtněte)

V Praze dne:

.....

podpis

.....
zdravotnický pracovník