



SPA APHRODITE
RAJECKÉ TEPLICE

Online dotazník a informovaný súhlas klienta v súvislosti s poskytovaním kúpeľnej starostlivosti v Slovenských liečebných kúpeľoch Rajecké Teplice, a.s. (ďalej len kúpele)

Meno a priezvisko klienta:

Adresa bydliska:

Telefónne číslo:

Termín pobytu:



Zvýšená teplota nad 37,5 °C ?



Kašeľ/kýchanie ?



Dýchavičnosť ?



Kontakt s osobou
s pravdepodobným alebo
potvrdeným ochorením COVID-19
za posledných 14 dní ?



Anamnéza cestovania/
pobyt mimo SR a ČR
14 dní pred objavením
symptómov ?



Trpíte
momentálne
nejakým infekčným
ochorením ?

ÁNO

NIE

Kúpeľnú liečbu je možné absolvovať len v tom prípade, ak odpoveď na všetky vyššie uvedené otázky bude „NIE“ a Váš pobyt navrhne lekár.

Čestne prehlasujem, že:

ÁNO **Som oboznámený a potvrdzujem** dodržiavanie preventívnych hygienicko-epidemiologických opatrení vo vašom zariadení. Informácie o zavedených hyg. štandardoch: spa.sk/preventivne-hygienicko-epidemiologickycke-opatrenia

ÁNO **Som oboznámený a potvrdzujem** dodržiavanie návštevneho poriadku zariadenia.

Návštevny poriadok: spa.sk/navstevny-poriadok

ÁNO **Som oboznámený a potvrdzujem**, že som informovaný o kontraindikáciách kúpeľnej liečby.

Informácia o kontraindikáciách: www.spa.sk/sk/spa-balneo/kupelna-liecba?kontraindikacienbspkupelnejbspliechy

ÁNO **Potvrdzujem správnosť a pravdivosť údajov** ako i to, že si kúpele splnili voči mne informačnú povinnosť ohľadom spracovania osobných údajov. Tie nebudú poskytnuté tretím stranám a budú použité len v súlade s vyhláškou o GDPR.

Vyplní lekár po kontakte s klientom - návrh na kúpeľnú liečebnú starostlivosť:

Doplňujúce informácie:

Meranie teploty na mieste / vykonané meranie teploty klient nevykazuje zvýšenú teplotu nad 37,5 °C.

Podpis klienta:

Dňa:

Žiadosť o schválenie návrhu na kúpeľnú liečebnú starostlivosť

Týmto si Vás dovoľujem požiadať o schválenie ústavnej Kúpeľnej liečebnej starostlivosti v Prírodných liečebných kúpeľoch na stabilizáciu zdravotného stavu, regeneráciu zdravia a prevenciu chorôb, pôsobením prírodných liečivých vôd v zmysle Zákon 538/2005 Z.z. a Zdravotných výkonov v zmysle Nariadenia vlády č. 776/2004 Z.z.

Meno a priezvisko:

Adresa:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Telefón:

Mail:

Stručný opis aktuálneho zdravotného stavu (môžete zaslať i Vami vybranú zdravotnú dokumentáciu)

Rád by som zamerlal/a kúpeľnú liečebnú starostlivosť na (hodiace sa vyznačte):

Liečbu pohybového aparátu

Chrbtice

Končatín

Zmiernenie bolestivosti

Zvýšenie rozsahu pohyblivosti

Iné

Schvaľovanie žiadosti bude prebiehať po kontakte s lekárom.

V

, dňa

Podpis