

DOTAZNÍK PRO ÚČELY POSKYTNUTÍ KONZULTACE K VÝSLEDKŮM ROZBORU KRVĚ NA HOMOCYSTEIN

Jméno: Telefon:

Bydliště: E-mail:

Zaměstnání: Datum narození:

Zdravotní stav klienta:

Byla stanovena diagnóza KVO, nebo máte podezření, že takové onemocnění u Vás začíná? ANO / NE

Od kdy:

Srdeční Tepenné Žilní

Onemocnění, nebo úmrtí v rodině na KVO před 56 rokem věku: ANO / NE

Jeho věk na počátku onemocnění:

Výška: Váha: Změna hmotnosti v posledním roce: BMI:

Diabetes: ANO / NE / NEVÍM Glukóza v krvi: Léčení:

Krevní tlak: nejvyšší hodnota: dnes: léčení: ANO / NE

Kouření: NIKDY / ANO ale přestal – kdy: / ANO kolik denně:

Černá káva: NIKDY / ANO ale přestal – kdy: / ANO kolik denně:

Rozvinutá civilizační choroba, nebo pozorujete příznaky – označte x – označte o

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Onemocnění jícnu | <input type="checkbox"/> | Vředová choroba žaludku nebo dvanácterníku | <input type="checkbox"/> |
| Crohnova choroba, jiné onemocnění střev | <input type="checkbox"/> | Poruchy vyprazdňování | <input type="checkbox"/> |
| Hemoroidy, výhřezy konečníku | <input type="checkbox"/> | Onemocnění slinivky, žlučníku, jater – záněty, kameny | <input type="checkbox"/> |
| Záněty, revmatická onemocnění kloubů | <input type="checkbox"/> | Artróza, poruchy kloubů, svalů a šlach, svalová atrofie | <input type="checkbox"/> |
| Bolesti páteře | <input type="checkbox"/> | Onemocnění ledvin a močových cest | <input type="checkbox"/> |
| Předčasný porod nebo potrat | <input type="checkbox"/> | Deprese, bolesti hlavy, porucha soustředění, nervozita | <input type="checkbox"/> |
| Alzheimerova choroba, Parkinsonismus | <input type="checkbox"/> | Roztroušená skleróza | <input type="checkbox"/> |
| Rychlá únava, malátnost | <input type="checkbox"/> | Poruchy trávení, bolest žaludku, pálení žáhy | <input type="checkbox"/> |
| Poruchy potence a početí | <input type="checkbox"/> | Poruchy spánku (nespavost – nadměrná spavost) | <input type="checkbox"/> |

Porucha imunity: Výsledek rozboru: $\mu\text{mol/l}$

Chronická kožní onemocnění: Datum:

Rakovina – typ: Výsledek rozboru: $\mu\text{mol/l}$

Vrozené poruchy metabolismu, imunity u dětí: Datum:

Jiná onemocnění:

Kolik hodin denně věnujete aktivnímu pohybu
(sport, vycházky, práce na zahradě...)

Pravidelně užívané léky, doplňky stravy:

Stravovací návyky/zlovyky:



Datum: Podpis:

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

(podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů)

Souhlasím, aby níže uvedený poradce společnosti Vitamíny s příběhem (dále jen „Poradce“) zpracovával mé osobní údaje, které jsem mu poskytl(a) při konzultaci, zejména mé jméno, příjmení, rodné číslo (nebo nemám-li jej, datum narození), adresu bydliště, kontaktní telefon a e-mailovou adresu, jakož i výsledky mých laboratorních testů homocysteinu (dále všechny tyto údaje jen „Osobní údaje“), a to pro účely vyšetření výše hladiny homocysteinu v krvi a vyhodnocení výsledků rozboru v rámci konzultací s Poradcem. Dále souhlasím, aby Poradce Osobní údaje předal smluvní laboratoři, která provádí zmíněné laboratorní testy, za tímto účelem a aby jejím prostřednictvím Osobní údaje předal společnosti Vitamíny s příběhem, s.r.o., se sídlem Královická 544/8, 250 01 Brandýs nad Labem, IČO 05212529, aby takové laboratorní testy zajistila. Tento souhlas uděluji do uplynutí pěti (5) kalendářních let, následujících po jeho udělení.

Zde zmíněné osoby budou Osobní údaje zpracovávat tak, že je budou shromažďovat, ukládat na nosiče informací, uchovávat, předávat ostatním zde uvedeným osobám, vyhledávat, upravovat, shromažďovat, blokovat, likvidovat a používat, to vše výhradně k účelům uvedeným výše pro ztotožnění mé osoby a výsledků mých laboratorních testů homocysteinu nebo pro kontrolu kvality poskytnutých služeb a plnění závazků souvisejících s jejich poskytnutím. Osobní údaje nebudou nikomu jinému poskytovány, nikde zveřejňovány ani předávány žádné další osobě. Beru na vědomí, že zpracování Osobních údajů ve výše uvedeném rozsahu je nutné, aby mohly být provedeny laboratorní testy homocysteinu a aby mohl Poradce podle jejich výsledků poskytnout odborné konzultace k výsledkům rozboru krve na homocystein.

V: dne:

Jméno a příjmení:

Bydliště:

E-mail:

Telefon:

Podpis:

Poradce společnosti Vitamíny s příběhem:

RČ (datum narození):

