

# Dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti vrátane príloh

---

Klinika impedančnej terapie s.r.o. číslo zmluvy: KIT/2019/XXX/1  
Černyševského 26, 851 01 Bratislava - mestská časť Petržalka , e-mail: kitklinika@gmail.com

## Dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

(uzatvorená v súlade s ust. § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. O zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov („ZoZS“) („Dohoda“))

poskytovateľ: Klinika impedančnej terapie s.r.o.  
sídlo: Černyševského 26, 851 01 Bratislava - mestská časť Petržalka  
pobočka: Šancová 110, 831 04 Bratislava  
IČO: 51 338 459  
zapísaný v: Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Odd.: Sro, Vl. č.:  
126148/B  
konajúci: MUDr. Pavol Kostka, konateľ  
(„Poskytovateľ“)

a

meno a priezvisko: Virtuálny pacient KIT  
dátum narodenia: 22.3.1973  
r. č.: 7303229098  
bydlisko: Šancova 110, 83104 Bratislava  
zdravotná poisťovňa: VŠZP  
e-mail: pavolkostka73@gmail.com  
tel. č.: 0905743554  
meno a priezvisko zákonného zástupcu: .....  
(„Klient“)

(každý aj ako „Účastník Dohody“ a spoločne aj ako „Účastníci Dohody“)

VZHLADOM NA TO, ŽE:

- a) Poskytovateľ je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti – prevádzkovateľom zdravotníckeho zariadenia, a to neurologickej ambulancie v špecializovanom odbore neurológia a SVaLZ v odbore FBLR.
- b) Klient je fyzickou osobou, ktorá má záujem o poskytovanie zdravotnej starostlivosti, služieb s nimi súvisiacich a regeneračných služieb Poskytovateľom.

## ÚČASTNÍCI DOHODY SA DOHODLI NA NASLEDUJÚCOM:

### (1) PREDMET DOHODY

1.1. Predmetom tejto Dohody je poskytovanie inej špecializovanej zdravotnej starostlivosti v súlade s ust. § 7 ods. (1) písm. a), č. 3. ZoZS, služieb s ňou súvisiacich a regeneračných služieb Poskytovateľom Klientovi, a to za podmienok upravených touto Dohodou.

1.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať Klientovi zdravotnú starostlivosť, služby s ňou súvisiace a regeneračné služby („Zdravotné služby“) a Klient sa zaväzuje uhradiť Poskytovateľovi za poskytnuté Zdravotné služby odplatu („Odplata“).

1.3. Účastníci Dohody sa dohodli, že po každom poskytnutí Zdravotných služieb vystaví Poskytovateľ Klientovi potvrdenie o prevzatí Zdravotných služieb („Potvrdenie o prevzatí Zdravotných služieb – dodací list“), ktoré je Klient povinný podpísať, a to v dvoch (2) vyhotoveniach s tým, že jedno (1) vyhotovenie patrí Poskytovateľovi a jedno (1) vyhotovenie patrí Klientovi. Bezodhodné odmietnutie podpísania potvrdenia o prevzatí Zdravotných služieb vystaveného podľa tohto bodu zo strany Klienta sa považuje za potvrdenie prijatia Zdravotných služieb.

1.4. Výška Odplaty za jednotlivé úkony Zdravotných služieb je uvedená v Cenníku zdravotných služieb, ktorý tvorí neoddeliteľnú prílohu č. 1 k tejto Dohode.

1.5. Odplata za poskytnuté Zdravotné služby zo strany Poskytovateľa je splatná na základe ním vystavenej faktúry.

1.6. Poskytovateľ vystaví Klientovi faktúru po poskytnutí Zdravotných služieb na základe Potvrdenia o prevzatí Zdravotných služieb – dodacieho listu, a to minimálne raz za jeden (1) kalendárny mesiac.

1.7. Poskytovateľ je oprávnený požadovať od Klienta pred začatím poskytovania Zdravotných služieb zálohu, ktorá je splatná na základe ním vystavenej zálohovej faktúry. Zaplatená záloha podľa tohto bodu 1.7 sa započíta proti Odplate za poskytnuté úkony Zdravotných služieb

1.8. Poskytovateľ poskytuje Klientovi Zdravotné služby aj na objednávku v konkrétnom vopred dohodnutom termíne. Vopred dohodnutý termín poskytnutia Zdravotných služieb je pre Účastníkov Dohody záväzný. V prípade, že sa Klient nemôže dostaviť na vopred dohodnutý termín poskytnutia Zdravotných služieb, je povinný o tejto skutočnosti bezodkladne vopred informovať Poskytovateľa, najneskôr však päť (5) hodín pred dohodnutým termínom poskytnutia Zdravotných služieb. V prípade, ak Klient nesplní svoju povinnosť podľa predchádzajúcej vety, t.j. nedostaví sa na vopred dohodnutý termín poskytnutia Zdravotných služieb bez toho, aby ho zrušil aspoň päť (5) hodín vopred, je povinný zaplatiť Poskytovateľovi zmluvnú pokutu podľa platného cenníka za Zdravotné služby, ktoré mu mali byť poskytnuté zo strany Poskytovateľa vo vopred dohodnutom termíne.

1.9. Zmluvná pokuta podľa predchádzajúceho bodu bude Klientovi vyúčtovaná v najbližšej faktúre za poskytnutie Zdravotných služieb, prípadne samostatne.

1.10. Klient podpisom tejto Dohody potvrdzuje, že:

1.10.1. bol informovaný o tom, že Zdravotné služby poskytované Poskytovateľom sú poskytované za Odplatu,

1.10.2. bol informovaný o Cenníku zdravotných služieb, ktorý tvorí neoddeliteľnú prílohu č. 1 k tejto Dohode a

1.10.3. bude vždy pravdivo a úplne informovať Poskytovateľa o jeho aktuálnom zdravotnom stave.

1.11. Klient je povinný podrobiť sa pred začiatkom poskytovania Zdravotných služieb Poskytovateľom vyšetreniu – magnetickej rezonancii chrbtice, a to konkrétne tej časti, ktorá je postihnutá zdravotnými ťažkosťami, ktoré majú byť zo strany Poskytovateľa liečené. Následne je

Klient povinný podrobiť sa kontrolnému vyšetreniu - magnetickej rezonancii predmetnej časti chrbtice v čase približne po štyroch (4) mesiacoch poskytovania Zdravotných služieb zo strany Poskytovateľa s tým, že presný čas vyšetrenia - magnetickej rezonancie určí Klientovi Poskytovateľ na základe stanoveného rehabilitačného plánu (platí pre prvý blok terapie podľa rehabilitačného plánu).

1.12. Klient berie na vedomie, že za účelom riadneho poskytovania Zdravotných služieb je nevyhnutné, aby Poskytovateľ dôsledne poznal jeho úplný zdravotný stav a liečbu. Pred začatím poskytovania Zdravotných služieb zo strany Poskytovateľa je preto Klient povinný informovať Poskytovateľa o tom, že v oblasti zdravotných problémov, ohľadom ktorých mu má Poskytovateľ poskytovať Zdravotné služby je okrem Poskytovateľa liečený aj iným/inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Tieto skutočnosti sú zapísané v osobnom dotazníku, ktorý tvorí prílohu č.2 k tejto dohode a je neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotných služieb. V prípade nesplnenia povinnosti podľa predchádzajúcej vety je Klient povinný zaplatiť Poskytovateľovi zmluvnú pokutu podľa platného cenníka za zdravotné služby.

1.13. Zmluvná pokuta podľa predchádzajúceho bodu bude klientovi vyúčtovaná v najbližšej faktúre, za poskytnutie Zdravotných služieb, prípadne samostatne.

1.14. Poskytovateľ sa zaväzuje:

1.14.1. dodržiavať všetky povinnosti, ktoré sa naňho vzťahujú ako na poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi,

1.14.2. zachovávať mlčanlivosť o zdravotnom stave Klienta,

1.14.3. zabezpečiť ochranu dôstojnosti Klienta, jeho telesnú a duševnú integritu,

1.14.4. vypracúvať pre Klienta medicínsku správu o poskytnutých Zdravotných službách v minimálnom rozsahu aspoň jedenkrát za mesiac,

1.14.5. vypracovať pre Klienta komparatívnu správu na konci každého terapeutického bloku definovaného v rehabilitačnom pláne (príloha č.4). Neoddeliteľnou súčasťou komparatívnej správy bude hodnotenie úrovne regenerácie Klienta na základe výsledkov magnetickej rezonancie, ktorá bude vykonaná pred začiatkom terapeutického bloku poskytovania Zdravotných služieb a následne po ukončení každého bloku, vždy po dohode s Poskytovateľom podľa aktuálneho zdravotného stavu Klienta, ak nebolo pri podpise zmluvy ináč.

## (2) VYHLÁSENIA ÚČASTNÍKOV DOHODY

2.1. Účastníci Dohody si navzájom vyhlasujú, že každé z vyhlásení podľa tohto bodu [2] je v deň podpisu tejto Dohody pravdivé, úplné, presné a nie je zavádzajúce. Každý z Účastníkov Dohody vyhlasuje, že:

2.1.1. má nevyhnutnú spôsobilosť, právomoc a oprávnenie uzatvoriť a plniť povinnosti podľa tejto Dohody,

2.1.2. si text tejto Dohody prečítal a plne mu porozumel, ďalej vyhlasuje a potvrdzuje, že táto Dohoda vyjadruje jeho skutočnú, slobodnú a vážnu vôľu, nie je uzatváraná v tiesni, v omyle, ani za nápadne nevýhodných podmienok a na znak súhlasu s jej obsahom túto Dohodu vlastnoručne podpisuje.

2.2. Klient vyhlasuje Poskytovateľovi, že mu udeľuje súhlas na spracúvanie osobných údajov v súlade s ust. § 11 zákona č. 122/2013 Z. z. O ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov( príloha č. 3).

## (3) TRVANIE A ZÁNIK DOHODY

3.1. Táto Dohoda sa uzatvára na dobu neurčitú.

3.2. Táto Dohoda zaniká:

3.2.1. písomnou dohodou Účastníkov Dohody,

3.2.2. smrťou Klienta,

3.2.3. zánikom Poskytovateľa bez právneho nástupcu,  
3.2.4. odstúpením v súlade s ust. § 12 ods. (9) a (10) ZoZS.

#### (4) ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

4.1. Táto Dohoda nadobúda platnosť a záväzkovo-právnu účinnosť dňom jej podpisu Účastníkmi Dohody alebo osobami oprávnenými konať v mene Účastníkov Dohody, a to momentom podpisu osoby podpisujúcej ako poslednej v poradí.

4.2. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Dohody je Cenník zdravotných služieb (príloha č. 1), Osobný dotazník (anamnéza) (príloha č. 2), Súhlas so spracúvaním osobných údajov (Príloha č. 3) a Rehabilitačný plán (príloha č. 4), Dotazník bolesti (príloha č.5), Odmietnutie poučenia a informovaný súhlas (príloha č.6)

4.3. Táto Dohoda, vrátane všetkých jej príloh, je vyhotovená v slovenskom jazyku a spísaná v dvoch (2) identických vyhotoveniach, z ktorých každý Účastník Dohody obdrží jedno (1) vyhotovenie.

#### NA DÔKAZ ČOHO

Účastníci dohody podpísali a prevzali túto Dohodu dňa, mesiaca a roka, ktoré sú uvedené nižšie:

V miesto podpisu, dňa den.mesiac.rok

V mene Poskytovateľa:

.....

Klinika impedančnej terapie s.r.o.

konateľ MUDr. Pavol Kostka

V miesto podpisu, dňa den.mesiac.rok

Klient:

Virtuálny pacient KIT

.....

Virtuálny pacient KIT

## Príloha č.1

### Cenník zdravotných služieb – balík VIP

impedančná terapia podľa rehabilitačného plánu 1. blok	250 EUR / od 90 až 120 min.
impedančná terapia podľa rehabilitačného plánu 2. blok	220 EUR / od 90 až 120 min.
impedančná terapia podľa rehabilitačného plánu 3. blok	150 EUR / od 90 až 120 min.
konzultácia ohľadom regeneračných postupov- osobne lekárom	50 EUR / každá začatá polhodina
manažment pacienta v zdravotnej starostlivosti	50 EUR / každá začatá polhodina
lekárske konzílium	50 EUR
vypracovanie medicínskej správy	V cene
predpis a dodanie liečiv	V cene
objednanie MR vyšetrenia pri zaradení do impedančnej terapie	V cene
porovnanie MR vyšetrení rádiológmi s medicínskym nálezom	100 EUR
3D vizualizácia podľa dát magnetickej rezonancie	40 EUR / každá začatá hodina
3D farebná tlač prachová podľa vytvoreného dátového modelu	6 EUR / 1 cm <sup>3</sup>
3D farebná tlač plastová podľa vytvoreného dátového modelu	4 EUR / 1 cm <sup>3</sup>
fyzioterapeutické služby vrátane konzultácie	60 EUR / 60 min.
komparatívna správa	200 Eur
meranie laktátu jednorázové	10 EUR / odber
meranie laktátu záťažové	35 EUR / 5 odberov
prezentácia metódy impedančnej terapie mimo pracoviska	50 EUR / hodina
cestovné náklady do 50km	0,50 EUR / km
cestovné náklady do 150km	1 EUR / km

#### Pokuty

neinformovanie Poskytovateľa o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	250 EUR
neúčasť na vopred dohodnutom termíne poskytovania regeneračných služieb bez jeho predchádzajúceho zrušenia najmenej 5 hodín vopred	100 EUR

#### Zľavy

pri pravidelnej terapii podľa regeneračného plánu v 1. bloku	
--	--

4-6 terapií	1 000 EUR / mesiac
7-9 terapií	1 300 EUR / mesiac
maximálna suma za poskytnuté služby (neplatí pre služby poskytované tretími stranami, napr. MRI, odbery, iné vyšetrenia)	1 399 EUR / mesiac
pri podpise Zmluvy o poskytovaní služieb Vám uplatníme zľavu	10%
pri vyradení pacienta z rehabilitačného plánu na základe exklúznych kritérií Vám uplatníme zľavu na poslednú vystavenú faktúru	50%

Zľavy je možné kombinovať.

Cenník platný od 1. marca 2019.

Cenník je určený pre klientov od 18 do 65 rokov vrátane.

Poskytovateľ: Klinika impedančnej terapie s.r.o.

Svojím podpisom vyhlasujem a potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á s výškou odplaty za služby poskytované Poskytovateľom v zmysle Zmluvy o poskytovaní medicínskych služieb.

V miesto podpisu, dňa den.mesiac.rok

Virtuálny pacient KIT

.....  
Dotknutá osoba – Pacient -Virtuálny pacient KIT

### Cenník zdravotných služieb – balík Public

paušálna platba podľa rehabilitačného plánu 1. blok (4-6 terapií)	750 EUR / v poradí 1. mesiac 650 EUR / každý ďalší mesiac
paušálna platba podľa rehabilitačného plánu 2. blok (3-5 terapií)	550 EUR / každý ďalší mesiac
paušálna platba podľa rehabilitačného plánu 3. blok (3-5 terapií)	450 EUR / každý ďalší mesiac
každá ďalšia terapia nad rámec paušálu	125 EUR / od 90 až 120 min.
konzultácia ohľadom regeneračných postupov – osobne lekárom	50 EUR / každá začatá polhodina
manažment pacienta v zdravotnej starostlivosti	50 EUR / každá začatá polhodina
vypracovanie medicínskej správy	V cene
predpis liečiv	V cene
objednanie MR vyšetrenia pri zaradení do impedančnej terapie	V cene
3D vizualizácia podľa dát magnetickej rezonancie	40 EUR / každá začatá hodina
3D farebná tlač prachová podľa vytvoreného dátového modelu	6 EUR / 1 cm <sup>3</sup>
3D farebná tlač plastová podľa vytvoreného dátového modelu	4 EUR / 1 cm <sup>3</sup>
fyzioterapeutické služby vrátane konzultácie	60 EUR / 60 min.
komparatívna správa	200 EUR
meranie laktátu jednorázové	10 EUR / odber
meranie laktátu záťažové	35 EUR / 5 odberov
prezentácia metódy impedančnej terapie mimo pracoviska	50 EUR / hodina
cestovné náklady do 50km	0,50 EUR / km
cestovné náklady do 150km	1 EUR / km

#### Pokuty

neinformovanie Poskytovateľa o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	250 EUR
neúčasť na vopred dohodnutom termíne poskytovania regeneračných služieb bez jeho predchádzajúceho zrušenia najmenej 48 hodín vopred	100 EUR

#### Zľavy

maximálna suma za poskytnuté služby (neplatí pre služby poskytované tretími stranami, napr. MRI, odbery, iné vyšetrenia)	999 EUR / mesiac
pri podpise Zmluvy o poskytovaní služieb Vám uplatníme zľavu	5%
pri vyradení pacienta z rehabilitačného plánu na základe exklúzyčných kritérií Vám uplatníme zľavu na poslednú vystavenú faktúru	50%

Zľavy je možné kombinovať.

Cenník platný od 1. marca 2019.

Cenník je určený pre klientov do 18 rokov a nad 65 rokov.

Poskytovateľ: Klinika impedančnej terapie s.r.o.

Svojím podpisom vyhlasujem a potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á s výškou odplaty za služby poskytované Poskytovateľom v zmysle Zmluvy o poskytovaní medicínskych služieb.

V miesto podpisu, dňa den.mesiac.rok

Virtuálny pacient KIT

.....  
Dotknutá osoba – Pacient -Virtuálny pacient KIT



## Príloha č.2

### Osobný dotazník (anamneza)

meno a priezvisko: Virtuálny pacient KIT  
dátum narodenia: 22.3.1973  
r. č.: 7303229098  
bydlisko: Šancova 110, 83104 Bratislava  
zdravotná poisťovňa: VŠZP  
e-mail: pavolkostka73@gmail.com  
tel. č.: 0905743554  
meno a priezvisko zákonného zástupcu: .....  
(„Pacient“)

### RODINNÁ ANAMNÉZA

Členovia rodiny:

otec: žije  zomrel  lieči sa na: .....  
matka: žije  zomrel  lieči sa na: .....  
súrodenci: nemám  mám  (počet) .....  
deti: nemám  mám  (počet) .....

Ak niekto z vyššie uvedených členov Vašej rodiny už zomrel, uveďte kto, v akom veku a čo bolo príčinou jeho/jej smrti:

.....  
.....

Máte vedomosť o tom, že by sa vo Vašej rodine vyskytovalo niektoré z nižšie uvedených ochorení?

ischemická choroba srdca:   
infarkt myokardu:   
cievna mozgová príhoda:   
hypertenzia:   
cukrovka:   
nádorové ochorenie:   
tuberkulóza:   
infekčná hepatitída:   
neurologické ochorenie:  ak áno,  
aké? .....  
psychiatrické ochorenie:  ak áno,  
aké? .....

### SOCIÁLNA ANAMNÉZA

osobný stav: slobodný/á  ženatý/vydatá  rozvedený/á  vdovec/a   
v domácnosti žijem: sám/a   
s .....  
bývam v: byte  dome  s výťahom  bez výťahu   
zamestnanie/práca: .....

ste dôchodca / kyňa:   nie  invalidný  starobný

Ak ste invalidným dôchodcom, napíšte od kedy a z akého dôvodu:

.....  
.....

Ktoré z nižšie uvedeného vystihuje Vaše zamestnanie / prácu?

fyzicky namáhavé:                   

stresové:                               

pod vplyvom škodlivín:           

sedavé:                                 

### **ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA**

Trpíte niektorou z nižšie uvedených druhov alergie?

lieková alergia:                    ak áno, na aké lieky? .....

senná nádcha:                       

alergia na prach:                   

alergia na peľ:                       

alergia na roztoče:               

potravinová alergia:               

alergia na kontrastné látky:      

iná:                                     

(aká) .....

Ak ste uviedli, že trpíte niektorým z vyššie uvedených druhov alergie, opíšte aký máte druh a typ alergickej reakcie (svrbenie, edém, anafylaktický šok) a kedy a za akých okolností naposledy nastala:

.....  
.....  
.....

### **OSOBNÁ ANAMNÉZA**

osobné návyky

fajčíte?                               nie  áno

pijete kávu?                         nie  áno

Ak ste na niektoré z vyššie uvedeného odpovedali áno, napíšte prosím od kedy a ako často:

.....  
.....  
.....

Vymenujte prosím všetky závažné ochorenia, ktoré ste v živote prekonali a v akom veku:

.....  
.....  
.....

Prekonali ste niekedy alebo trpíte niektorým z nižšie uvedených ochorení?

ischemická choroba srdca:       

bolesti na hrudi:                   

infarkt myokardu:

- cievna mozgová príhoda:
- hypertenzia:
- cukrovka:
- nádorové ochorenie:
- tuberkulóza:
- infekčná hepatitída:
- neurologické ochorenie:
- psychiatrické ochorenie:

**AKTUÁLNE OCHORENIA**

Trpíte v tom čase nejakým ochorením alebo máte nejaké ťažkosti? Opíšte ich. Uveďte na aké choroby sa v súčasnosti liečite alebo ste sa v minulosti liečili.

.....

.....

.....

Chronologicky opíšte svoje ťažkosti, ktoré Vás viedli k návšteve tohto lekára.

.....

.....

.....

Aktuálny zdravotný stav – výsledky dostupných vyšetrení pred poskytnutím zdravotných služieb (vyplňa lekár):

.....

.....

.....

Vyšetrenia z krvi (vyplňa lekár):

- KO:
- MT:
- FW:
- CHOL:
- TGG:
- MDL:
- LDL:

Výsledok poslednej magnetickej rezonancie (vyplňa lekár):

.....

.....

.....

Výsledok posledného CT(vyplňa lekár):

.....

.....

.....

Svojím podpisom vyhlasujem a potvrdzujem, že som tento osobný dotazník (anamnézu) vyplnil/a pravdivo, nie zavádzajúco a nezatajil/a som žiadne vážnejšie ochorenie, na ktoré sa liečim alebo som sa v minulosti liečil/a, alebo ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované.

V miesto podpisu, dňa den.mesiac.rok

Virtuálny pacient KIT

.....  
Dotknutá osoba–Pacient -Virtuálny pacient KIT

## Príloha č.3

### Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

v súlade s ust. § 11 a súvisiacimi ustanoveniami zákona č. 122/2013 Z. z. O ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov („ZoOOÚ“)

meno a priezvisko: Virtuálny pacient KIT  
dátum narodenia: 22.3.1973  
bydlisko: Šancova 110, 83104 Bratislava  
e-mail: [pavolkostka73@gmail.com](mailto:pavolkostka73@gmail.com)  
meno a priezvisko zákonného zástupcu: .....  
(„Dotknutá osoba – Pacient“)

vyhlasujem, že v súlade so ZoOOÚ udeľujem

poskytovateľ: Klinika impedančnej terapie s.r.o.  
sídlo: Černyševského 26, 851 01 Bratislava - mestská časť Petržalka  
pobočka: Šancová 110, 831 04 Bratislava  
IČO: 51 338 459  
zapísaný v: Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Odd.: Sro, Vl. č.:  
126148/B  
konajúci: MUDr. Pavol Kostka, konateľ  
(„Poskytovateľ“)

súhlas so spracovaním osobných údajov

za účelom ich spracovania v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, a to v rozsahu:

- titul, meno, priezvisko
- dátum narodenia, rodné číslo, bydlisko
- kontaktné údaje, pohlavie, vek
- údaj o zákonomnom zástupcovi
- údaj o zdravotnej poisťovni
- termíny návštev zdravotníckeho zariadenia
- mená a priezviská ošetrojúcich zdravotníckych zamestnancov

Tento súhlas udeľujem na dobu neurčitú do odvolania.

Súčasne prehlasujem, že som Poskytovateľovi poskytol pravdivé, správne a aktuálne osobné údaje, a v prípade zmien tieto zmeny Poskytovateľovi bezodkladne oznámim.

Súhlas so spracovaním svojich osobných údajov je možné u Poskytovateľa kedykoľvek odvolať, a to buď formou elektronickej alebo písomnej žiadosti zaslanej Poskytovateľovi.

V miesto podpisu, dňa den.mesiac.rok

Virtuálny pacient KIT

.....  
Dotknutá osoba – Pacient -Virtuálny pacient KIT

## Príloha č.4

### Rehabilitačný plán

Retrospektívnou analýzou 9 831 klientov, ktorí sumárne absolvovali 248 643 impedančných terapií, vznikol syntézou dát znalostnej databázy dlhodobý regeneračný plán, ktorý pozostáva z blokov a im priradených fáz. Rehabilitačného plánu nám dáva odhadovanú časovú informáciu o procesoch na úrovni ozdravenia organizmu vs impedančná terapia.

Počas terapií na podklade tohto plánu budú pacienti informovaní o objektívnych zmenách, ktoré dokážeme evidovať a vyhodnocovať v našom informačnom systéme.

#### 1. Blok zameraný na zníženie bolestivosti - 14-24 T

1. fáza	Zaraďovacia	3-5 T
2. fáza	RT symptóm	5-9 T
3. fáza	DGU fenomén	6-10 T

#### 2. Blok zameraný na zvyšovanie fyzického výkonu - 27-41 T

4. fáza	zaradenie tréningov pod kontrolou fyzioterapeuta	10-12 T
5. fáza	analýza vnútorného metabolizmu úprava hmotnosti	10-12 T
6. fáza	fixácia regenerácie	cca 16 T

#### 3. Blok nemedicínsky proces so zameraním sa na odstránenie faktorov, ktoré môžu opätovne viesť k vzniku degeneratívnej choroby chrbtice

V miesto podpisu, dňa den.mesiac.rok

Virtuálny pacient KIT

.....  
Dotknutá osoba – Pacient -Virtuálny pacient KIT

## Príloha č.5

### Dotazník bolesti

- **Analýza bolesti**

Pred začiatkom sledovania pacienta je dôležitá edukácia o vyjadrení aktualného bolestivého stavu v slovnej a v číselnej podobe od 0 po 10. Je to dôležité pre jednoznačné definovanie v podobe NW kodu vs NWP.

Charakter vnímanej bolesti/popis/priklad	
1. šklbavá, búšivá	búšivá, keď cítite ako keby vám bil tep na mieste, kde ste to predtým necítali, šklbavá ako keby vám niekto ťahal kožu a mierne vás štípal (Neuralgia n. Trigemini)
2. vystreľujúca	cíti, že bolesť nie je rovnako intenzívna, vystreľuje v periódach a je citeľná napr. z krížovej oblasti do nohy alebo z krčnej chrbtice do rúk (LIS)
3. bodavá	ako keby vás niekto pichal nožom (pelvikálna bolesť)
4. ostrá	je prevažne citeľná ako keby vás niekto rezal (caries dentis)
5. kŕčovitá	pociťuje výrazný stah svalu a znemožňuje pohyb alebo vynúti zmenu polohy aby vznikla ulava (kolika)
6. hlodava	ako zakusnutie   - ako zakusnutie (migréna)
7. tupá pretrvávajúca/ bolava	je veľká bolesť rovnakej intenzity, prevažne pacient pociťuje až tlak v danej oblasti bez možnosti nájsť si ulavovú polohu (brušné bolesti)
8. paliva, palciva	zväčša pacient pociťuje v oblasti veľké teplo (radikulárny syndróm)
9. ťaživá	tazka bolesť neustupujúca (paréza n. ophthalmicus, opticus s bolesťou)

10. citliva, bolava na dotyk	bolava oblast je prevazne az podobna zapalovemu stavu (apendicitída)
11. ako keby to malo prasknut/ puknut	pacient sa citi ako keby ho malo každu chvílu seknut to nasledne znemožní akýkoľvek pohyb (blokáda SI kĺbu)
12. unavna, vysilujuca	nepretržitá bolesť bez dlhodobého ústupu, znemožňujúca oddych alebo ulavovú polohu (rozvynutý LIS)
13. protivna	pacient je obmedzený v akomkoľvek pohybe, z bolesti je podráždený vyhladáva už lekársku pomoc (narušená rotátorová manžeta ramena)
14. strasna -	zaraduje sa medzi neznesiteľné bolesti, nutné vyhľadať lekársku pomoc. Pacient ma bolesti obmedzujúce akýkoľvek pohyb (bolesi oka/uča)
15. muciva, kruta	pacient je v akutnom stave kedy je bolesť tak neznesiteľná, že prežíva až muky bolesti vytvára psychický a fyzický nátlak. Nutné vyhľadať lekársku pomoc (zlomeniny)

Numericka skala bolesti ( NW kod ): od 0 po 10			
mierna bolesť	1	2	3
stredná bolesť	4	5	6
silná bolesť	7	8	
neznesiteľná bolesť	9	10	

Pacientovi názorne ukazujeme zmeny bolestivosti.



## • McGill-Melzackov dotazník bolesti

**A. Inštrukcia:** Aké pocity máte pri bolesti? Niektoré zo slov, ktoré Vám predkladáme popisujú Vašu terajšiu bolesť. Zakrúžkovaním vyznačte slová, ktoré ju vystihujú najlepšie. Použite len jedno slovo vo vybranej a pre Vás vhodnej skupine, ktorá sa na Vašu bolesť vzťahuje najlepšie. Vynechajte ktorúkoľvek skupinu slov, ktorá nie je vhodná.

### POCITY PRI BOLESTI

S1

1. chvenia
2. búšenia
3. tlčenia

S8

1. svrbenia
2. brnenia
3. trpnutia

A15

1. nepričetnosti
2. zúfalstva

S2

1. vyžarovania
2. vystreľovania
3. vyšľahovania

S9

1. tupého tlaku
2. ťaživej bolesti

E16

1. minimálnej
2. dotieravej
3. stredne silnej
4. prudkej
5. neovládateľnej

S3

1. tlaku
2. pichania
3. vrtania
4. bodania

S10

1. praskania
2. lámania
3. trhania

M17

1. rozpínania
2. prenikania

S4

1. ostrosti
2. rezania
3. drásania

A11

1. únavy
2. značného vyčerpania

M18

1. trpnutia
2. meravienia
3. stuhnutia
4. zovretia

S5

1. štípania
2. zvierania
3. hľadania
4. krčov

A12

1. slabosti
2. nevoľnosti
3. ťažoby

M19

1. chladu
2. mrazenia

S6	A13	M20
1. ťahu	1. strachu	1. dobiedzania
2. napínania	2. hrôzy	2. súženia
	3. zdesenia	3. ubíjania

S7	A14
1. horúčavy	1. pocit trestu
2. pálenia	2. mučivosti
3. žeravosti	3. krutosti
	4. ničenia

### B. Inštrukcia:

Aká silná je Vaša bolesť? Nasledovné slová označujú bolesť so stúpajúcou intenzitou. K otázkam v bode 1 a 2 dopíšte číslo, ktoré najlepšie vyjadruje intenzitu Vami popisovanej bolesti:

0	1	2	3	4	5
nepocitujem bolesť	mierna	neprijemná	intenzívna	krutá	nezniesiteľná

1. Ktoré slovo najlepšie vyjadruje intenzitu:

- bolesti, ktorú pociťujete práve teraz
- bolesti v čase, keď je najväčšia
- bolesti v čase, keď je najmenšia

2. Pre porovnanie uveďte intenzitu:

- najväčšej bolesti hlavy, akú ste kedy mali
- najväčšej bolesti v krížoch, akú ste kedy mali
- najväčšej bolesti brucha, akú ste kedy mali
- najväčšej bolesti zubov, akú ste kedy mali

3. Ako sa mení Vaša bolesť v čase? Je ...

- chvíľková, krátkodobá
- rytmická, prerušovaná
- stála, neprestajná

### C. Inštrukcia:

Ku každej otázke dopíšte číslo odpovede, ktorá najlepšie vyjadruje Vaše ťažkosti:

Obmedzuje bolesť Vašu polohu?                      nie                      čiastočne                      výrazne

Ovplyvňuje bolesť Vašu náladu ?	nie	čiastočne	výrazne
Obmedzuje Vás bolesť pri bežných činnostiach ?	nie	čiastočne	výrazne
Máte počas bolesti i iné ťažkosti ? (nechutenstvo, zápchu, potenie a pod.)	nie	čiastočne	výrazne

#### D. Inštrukcia:

Doplňte údaje o trvaní bolesti v priebehu dňa a o liekoch, ktoré používate pri bolesti:

V priebehu dňa (24 hodín) máte bolesti	hodín	
- z toho silné bolesti	hodín	
- z toho mierne bolesti	hodín	
Ak máte bolesti aj v noci, uveďte o koľko hodín menej spíte pre bolesť	hodín	
Užívate lieky na spanie ?	áno	nie
Užívate lieky na upokojenie ?	áno	nie
Užívate lieky na tíšenie bolesti ?	áno	nie
Napište názov a dávky liekov, ktoré používate na tíšenie bolesti, v prípade, že ste na poslednú otázku odpovedali kladne:		

#### E. Inštrukcia:

Kde máte bolesti ? Vyznačte na obrázku tie oblasti, v ktorých cítite bolesť. Silnú bolesť označte ++, miernu bolesť ///, smer vyžarovania bolesti označte ». Ak je bolesť vonkajšia, povrchová (externá) pripíšte písmeno "E", ak je vnútorná, hlboká (interná) pripíšte písmeno "I".

#### SKÓROVANIE DOTAZNÍKA:

1. Skóre kvality bolesti (PRI) - je súčet skóre zvolených deskriptorov v časti A: v oblasti senzorickej (S1-10), afektívnej (A11-15), hodnotiacej (E16) a doplnkovej (M17-20).  $PRI = PRIS + PRIA + PRIE + PRIM$
2. Počet zvolených slov (NWC) - je celkový počet zvolených deskriptorov v časti A
3. Intenzita prítomnej bolesti (PPI) - je daná zvoleným číslom odpovede na otázku B - 1a
4. Skóre sprievodných príznakov (SAS) - je súčet skóre odpovedí v časti C
5. Globálne skóre bolesti (GPS) sa počíta podľa vzorca:

$GPS = GPI / \text{trvanie bolesti v hodinách}$ , kde  $GPI = PRI + (PPI) \cdot 10 + SAS$  = globálna intenzita bolesti

## VIZUÁLNE DESKRIPTÍVNE ŠKÁLY K HODNOTENIU INTENZITY BOLESTI

### A. Jednoduchá deskriptívna škála

0 žiadna      1 mierna      2 stredná      3 silná      4 veľmi silná      5 neznesiteľná

### B. Melzackova škála

1 mierna      2 nepríjemná      3 intenzívna      4 krutá      5 neznesiteľná

### C. Numerická škála 0 - 100

žiadna bolesť      mierna bolesť      stredne silná bolesť      neznesiteľná bolesť

0    10    20 30    40    50 60    70    80 90    100

### D. Vizuálna analógová škála

žiadna      mierna      stredná      silná      najväčšia bolesť akú  
si viem predstaviť

## DENNÝ ZÁZNAM BOLESTI

0            1            2            3            4            5  
nepocítujem      mierna      nepríjemná      intenzívna      krutá      neznesiteľná  
bolesť

**Inštrukcia:** zaznamenajte intenzitu Vašej bolesti číslom z tabuľky v predznačenom období dňa:

	ráno	poludnie	večer	noc	lieky	spánok
pondelok						
utorok						
streda						
štvrtok						
piatok						
sobota						
nedeľa						

## DENNÝ ALGOGRAM S POUŽITÍM VIZUÁLNEJ ANALÓGOVEJ ŠKÁLY



## Príloha č.6

### Odmietnutie poučenia a informovaný súhlas

v súlade s ust. § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. O zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov („ZoZS“)

meno a priezvisko: Virtuálny pacient KIT  
dátum narodenia: 22.3.1973  
bydlisko: Šancova 110, 83104 Bratislava  
e-mail: [pavolkostka73@gmail.com](mailto:pavolkostka73@gmail.com)  
meno a priezvisko zákonného zástupcu: .....  
(„Dotknutá osoba – Pacient“)

vyhlasujem, že v súlade so ZoOOÚ udeľujem

poskytovateľ: Klinika impedančnej terapie s.r.o.  
sídlo: Černyševského 26, 851 01 Bratislava - mestská časť Petržalka  
pobočka: Šancová 110, 831 04 Bratislava  
IČO: 51 338 459  
zapísaný v: Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Odd.: Sro, VI. č.:  
126148/B  
konajúci: MUDr. Pavol Kostka, konateľ  
(„Poskytovateľ“)

s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, pričom som odmietol/la poučenie v súlade s ust. § 6 ods. (3) ZoZS.

Svojím podpisom vyhlasujem a potvrdzujem, že som v súlade s ust. § 6 ods. (3) ZoZS odmietol/la poučenie o informovanie o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Svojím podpisom vyhlasujem a potvrdzujem, že som Poskytovateľovi nezatajil/a žiadne vážnejšie ochorenie, na ktoré sa liečim alebo som sa v minulosti liečil/a, alebo ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované.

V miesto podpisu, dňa den.mesiac.rok

Virtuálny pacient KIT

.....  
Dotknutá osoba – Pacient -Virtuálny pacient KIT