

## Zmluva o poskytovaní regeneračných služieb

(uzatvorená v súlade s ust. § 51 zákona č. 40/1964 Z. z. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov („OZ“)  
(„Zmluva“))

poskytovateľ: **KLINIK A IMPEDAČNEJ TERAPIE s. r. o.**  
sídlo: Černyševského 26, 851 01 Bratislava – mestská časť Petržalka  
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  
klient: [titul, meno a priezvisko]  
nar.: [x]. [x]. [x]  
r. č.: [x/x]  
bydlisko: [ulica a číslo domu, PSČ, mesto, štát]  
zákonný zástupca: [titul, meno a priezvisko]  
nar.: [x]. [x]. [x]  
r. č.: [x/x]  
bydlisko: [ulica a číslo domu, PSČ, mesto, štát]  
(„Klient“)

(každý aj ako „Zmluvná strana“ a spoločne aj ako „Zmluvné strany“)

VZHLADOM NA TO, ŽE:

1. Poskytovateľ je obchodnou spoločnosťou oprávnenou poskytovať masérске služby..
2. Klient je fyzickou osobou, ktorá má záujem o poskytovanie masérskych služieb Poskytovateľom.

ZMLUVNÉ STRANY SA DOHODLI NA NASLEDUJÚCOM:

### 1. PREDMET ZMLUVY

1. Predmetom tejto Zmluvy je poskytovanie masérskych regeneračných služieb Poskytovateľom Klientovi, a to za podmienok upravených touto Zmluvou („Regeneračné služby“).
2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať Klientovi regeneračné služby a Klient sa zaväzuje uhradiť Poskytovateľovi za poskytnuté regeneračné služby odplatu („Odplata“).
3. Zmluvné strany sa dohodli, že po každom poskytnutí Regeneračných služieb vystaví Poskytovateľ Klientovi potvrdenie o prevzatí Regeneračných služieb („Potvrdenie o prevzatí Regeneračných služieb“), 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 Regeneračných služieb vystaveného podľa tohto bodu zo strany Klienta sa považuje za potvrdenie prijatia Regeneračných služieb.
4. Výška Odplaty za jednotlivé úkony Regeneračných služieb je uvedená v Cenníku regeneračných služieb, ktorý tvorí neoddeliteľnú prílohu č. 1 k tejto Zmluve.
5. Odplata za poskytnuté Regeneračné služby zo strany Poskytovateľa je splatná na základe ním vystavenej faktúry.
6. Poskytovateľ vystaví Klientovi faktúru po poskytnutí Regeneračných služieb na základe Potvrdenia o prevzatí Regeneračných služieb, a to minimálne raz za jeden (1) kalendárny mesiac.
7. Poskytovateľ je oprávnený požadovať od Klienta pred začatím poskytovania Regeneračných služieb zálohu, ktorá je splatná na základe ním vystavenej zálohovej faktúry. Zaplatená záloha podľa tohto bodu sa započíta proti Odplate za poskytnuté úkony Regeneračných služieb.
8. Poskytovateľ poskytuje Klientovi Regeneračné služby aj na objednávku v konkrétnom vopred dohodnutom termíne. Vopred dohodnutý termín poskytnutia Regeneračných služieb je pre Zmluvné strany záväzný. V prípade, že sa Klient nemôže dostaviť na vopred dohodnutý termín poskytnutia Regeneračných služieb, je povinný o tejto skutočnosti bezodkladne vopred informovať Poskytovateľa, najneskôr však päť (5) hodín pred dohodnutým termínom poskytnutia Regeneračných služieb. V prípade, ak Klient nesplní svoju povinnosť podľa predchádzajúcej vety, t.j. nedostaví sa na vopred dohodnutý termín poskytnutia Regeneračných služieb bez toho, aby ho zrušil aspoň päť (5) hodín vopred, je povinný zaplatiť Poskytovateľovi zmluvnú pokutu vo výške zodpovedajúcej 50 % z Odplaty za Regeneračné služby, ktoré mu mali byť poskytnuté zo strany Poskytovateľa vo vopred dohodnutom termíne.
9. Zmluvná pokuta podľa predchádzajúceho bodu bude Klientovi vyúčtovaná v najbližšej faktúre za poskytnutie Regeneračných služieb, prípadne samostatne.
10. Klient podpisom tejto Zmluvy potvrdzuje, že:
  - 1.. bol informovaný o tom, že Regeneračné služby poskytované Poskytovateľom sú poskytované za Odplatu,
  - 2.. bol informovaný o Cenníku regeneračných služieb, ktorý tvorí neoddeliteľnú prílohu č. 1 k tejto Zmluve a

- 3.. bude vždy pravdivo a úplne informovať Poskytovateľa o jeho aktuálnom zdravotnom stave.
11. Klient je povinný podrobiť sa pred začiatkom poskytovania Regeneračných služieb Poskytovateľom vyšetreniu – magnetickej rezonancii chrbtice, a to konkrétne tej časti, ktorá je postihnutá ťažkosťami, a ktorá má byť zo strany Poskytovateľa regenerovaná. Následne je Klient povinný podrobiť sa kontrolnému vyšetreniu - magnetickej rezonancii predmetnej časti chrbtice v čase približne po štyroch (4) mesiacoch poskytovania Regeneračných služieb zo strany Poskytovateľa s tým, že presný čas vyšetrenia - magnetickej rezonancie určí Klientovi Poskytovateľ na základe spracovaného regeneračného plánu. Presnú špecifikáciu typu vyšetrenia alebo miesta jeho vykonania je možné konzultovať s Poskytovateľom.
12. Klient berie na vedomie, že za účelom riadneho poskytovania Regeneračných služieb je nevyhnutné, aby Poskytovateľ dôsledne poznal jeho úplný zdravotný stav a liečbu. Pred začatím poskytovania Regeneračných služieb zo strany Poskytovateľa je preto Klient povinný informovať Poskytovateľa o tom, že v oblasti ťažkostí, ohľadom ktorých mu má Poskytovateľ poskytovať Regeneračné služby je liečený aj poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (v prípade, ak mu je poskytovaná takáto zdravotná starostlivosť). V prípade nesplnenia povinnosti podľa predchádzajúcej vety je Klient povinný zaplatiť Poskytovateľovi zmluvnú pokutu vo výške 250 EUR. Okrem uvedeného je tiež Klient povinný pravdivo a úplne vyplniť osobný dotazník (anamnézu), ktorý mu poskytne Poskytovateľ.
13. Zmluvná pokuta podľa predchádzajúceho bodu bude Klientovi vyúčtovaná v najbližšej faktúre za poskytnutie Regeneračných služieb, prípadne samostatne.
14. Klient má právo požadovať od Poskytovateľa telefonickú konzultáciu ohľadom postupu jeho regenerácie kedykoľvek, kedy je to potrebné za účelom zvládnutia zdravotných ťažkostí Klienta, v súvislosti s ktorými sa mu poskytujú Regeneračné služby alebo za účelom oznámenie neodkladnej skutočnosti Poskytovateľovi. Cena za poskytovanie Regeneračných služieb touto formou je určená v Cenníku regeneračných služieb.
15. Poskytovateľ bude Klientovi poskytovať Regeneračné služby podľa ním vypracovaného regeneračného plánu, ktorého súčasťou bude čo možno najpresnejší opis priebehu poskytovania Regeneračných služieb a predpokladaná kalkulácia Odplaty za ich poskytnutie. Regeneračný plán bude Poskytovateľom vypracovaný až po vykonaní prvotných úkonov potrebných za účelom poskytovania Regeneračných služieb, t.j. v priebehu poskytovania regeneračných služieb, nie pred začiatkom ich poskytovania.
16. Súčasťou poskytovania Regeneračných služieb je aj možnosť zapožičania si zo strany Klienta od Poskytovateľa myostimulačný prístroj na domácu regeneráciu za Odplatu podľa Cenníka regeneračných služieb na základe protokolu o zapožičaní, v ktorom bude špecifikovaná doba zapožičania a presná odplata. Pred zapožičaním myostimulačného prístroja je Klient povinný zaplatiť Poskytovateľovi zálohu podľa Cenníka regeneračných služieb, ktorá sa započíta voči Odplate za jeho zapožičanie. Klient sa zaväzuje používať myostimulačný prístroj v súlade s podmienkami jeho používania uvedenými v protokole o zapožičaní, v Poskytovateľom stanovenej frekvencii a spôsobom, ktorý uvedie Poskytovateľ. Klient je povinný vrátiť Poskytovateľovi myostimulačný prístroj v lehote troch (3) pracovných dní odo dňa ukončenia doby jeho zapožičania a bez poškodenia. Klient zodpovedá Poskytovateľovi za škodu spôsobenú na myostimulačnom prístroji.
17. Poskytovateľ sa zaväzuje:
  - 1.. zachovávať mlčanlivosť o zdravotnom stave Klienta,
  - 2.. zabezpečiť ochranu dôstojnosti Klienta, jeho telesnú a duševnú integritu a
  - 3.. vypracúvať pre Klienta regeneračnú správu o poskytnutých Regeneračných službách v minimálnom rozsahu aspoň jedenkrát za štyri (4) mesiace s tým, že neoddeliteľnou súčasťou tejto správy bude hodnotenie úrovne regenerácie Klienta na základe výsledkov magnetickej rezonancie, ktorá bude vykonaná pred začiatkom terapeutického bloku poskytovania Regeneračných služieb a následne po dohode s Poskytovateľom podľa aktuálnych potrieb Klienta. Za účelom vypracovania regeneračnej správy je potrebné, aby Klient absolvoval aj ďalšie vyšetrenia, ktoré určí Poskytovateľ na základe postupu poskytovania Regeneračných služieb a ich výsledkov; v prípade ak sa Klient nepodrobí vyšetreniam podľa odporúčaní Poskytovateľa, tento nie je povinný vypracovať Klientovi regeneračnú správu o poskytnutých Regeneračných službách, resp. ju vypracovať len v príslušnom obmedzenom rozsahu. Dáta vyplývajúce z výsledkov magnetickej rezonancie budú slúžiť k vytvoreniu 3D modelov postihnutej časti tela Klienta. Takýmto spôsobom bude Klient informovaný o zmenách spôsobených na základe poskytnutých Regeneračných služieb.

## 2. VYHLÁSENIA ZMLUVNÝCH STRÁN

1. Zmluvné strany si navzájom vyhlasujú, že každé z vyhlásení podľa tohto bodu je v deň podpisu tejto Zmluvy pravdivé, úplné, presné a nie je zavádzajúce. Každá Zmluvná strana vyhlasuje, že:
  - 1.. má nevyhnutnú spôsobilosť, právomoc a oprávnenie uzatvoriť a plniť povinnosti podľa tejto Zmluvy,
  - 2.. si text tejto Zmluvy prečítala a plne mu porozumela, ďalej vyhlasuje a potvrdzuje, že táto Zmluva vyjadruje jej 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 Zmluvu vlastnoručne podpisuje.
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.

3. TRVANIE A ZÁNÍK ZMLUVY

1. Táto Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú.

2. Táto Zmluva zaniká:

1.. písomnou dohodou Zmluvných strán,

2.. smrťou Klienta,

3.. zánikom Poskytovateľa bez právneho nástupcu,

4.. písomným oznámením ktorejkoľvek Zmluvnej strany doručeným druhej Zmluvnej strane, a to deň po dni doručenia tohto písomného oznámenia.

4. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

1. Táto Zmluva nadobúda platnosť a záväzkovo-právnu účinnosť dňom jej podpisu Zmluvnými stranami alebo osobami oprávnenými konať v mene Zmluvných strán, a to momentom podpisu osoby podpisujúcej ako poslednej v poradí.

2. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy je Cenník regeneračných služieb (príloha č. 1), Osobný dotazník (anamnéza) (príloha č. 2) a Súhlas so spracúvaním osobných údajov (Príloha č. 3).

3. Táto Zmluva, vrátane všetkých jej príloh, je vyhotovená v slovenskom jazyku a spísaná v dvoch (2) identických vyhotoveniach, z ktorých každá Zmluvná strana obdrží jedno (1) vyhotovenie.

NA DÔKAZ ČOHO

Zmluvné strany podpísali a prevzali túto Zmluvu dňa, mesiaca a roka, ktoré sú uvedené nižšie:

V [x] dňa [x]. [x]. 2018

V mene Poskytovateľa:

.....  
KLINIKA IMPEDAČNEJ TERAPIE s. r. o.

MUDr. Pavol Kostka, konateľ

V [x] dňa [x]. [x]. 2018

Klient:

.....  
[titul meno a priezvisko]

## Cenník regeneračných služieb – balik svip

paušálna platba podľa regeneračného plánu 1. blok	1 300 EUR / mesiac
paušálna platba podľa regeneračného plánu 2. blok	1 100 EUR / mesiac
konzultácia ohľadom regeneračných postupov	V cene
impedančná terapia pod kontrolou lekara	V cene
3D vizualizácia podľa dát magnetickej rezonancie alebo CT	V cene
3D farebná tlač prachová podľa vytvoreného dátového modelu	V cene
Telefonická konzultácia ohľadom regeneračných postupov	V cene
fyzioterapeutické služby	V cene
komparatívna správa	V cene

### Zmluvné pokuty

neinformovanie Poskytovateľa o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	250 EUR
--	---------

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

V ..... dňa .....

.....  
Klient

## Cenník regeneračných služieb – balik vip

impedančná terapia pod kontrolou lekara podľa regeneračného plánu 1. blok	200 EUR / od 90 až 120 min.
impedančná terapia pod kontrolou lekara podľa regeneračného plánu 2. blok	170 EUR / od 90 až 120 min.
konzultácia ohľadom regeneračných postupov - lekárom	50 EUR / každá začatá pol hodina
3D vizualizácia podľa dát magnetickej rezonancie alebo CT	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>
zapožičanie myostimulačného prístroja	250 EUR / 1 mesiac
fyzioterapeutické služby vrátane konzultácie	60 EUR / 60 min.
komparatívna správa	200 Eur

### Zmluvné pokuty

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

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

V ..... dňa .....

.....

Klient

## Cenník regeneračných služieb – balik public

paušálna platba podľa regeneračného plánu 1. blok – terapia fyzioterapeutom	750 EUR / v poradí 1 mesiac 650 EUR / každý ďalší mesiac
paušálna platba podľa regeneračného plánu 2. blok	550 EUR / každý ďalší mesiac
konzultácia ohľadom regeneračných postupov – lekárom	50 EUR / každá začatá pol hodina
3D vizualizácia podľa dát magnetickej rezonancie alebo CT	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>
zapožičanie myostimulačného prístroja	250 EUR / 1 mesiac
fyzioterapeutické služby vrátane konzultácie	60 EUR / 60 min.
komparatívna správa	200 EUR

### Zmluvné pokuty

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

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

V ..... dňa .....

.....  
Klient

**Cenník regeneračných služieb - bez regeneračného plánu  
(platba po ukončení každej terapie, pre 3D tlač – zalohová platba)**

impedančná terapia pod kontrolou fyzioterapeuta	100 EUR / od 90 až 120 min.
3D vizualizácia podľa dát magnetickej rezonancie alebo CT	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	60 EUR / 60 min.

**Zmluvné pokuty**

neinformovanie Poskytovateľa o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	250 EUR
neúčast' na vopred dohodnutom termíne poskytovania regeneračných služieb bez jeho predchádzajúceho zrušenia najmenej 48 hodín vopred	75 % z odplaty za regeneračné služby, ktoré mali byť poskytnuté

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

V ..... dňa .....

.....

Klient

## OSOBNÝ DOTAZNÍK (ANAMNÉZA)

meno a priezvisko: .....

dátum narodenia: .....

r. č.: .....

bydlisko: .....

zdravotná poisťovňa: .....

e-mail: .....

tel. č.: .....

meno a priezvisko zák. zást.: .....

(„Klient“)

Osobný dotazník (anamnézu) vyplňa pacient na základe konzultácie s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ktorí mu poskytujú zdravotnú starostlivosť, a to z dôvodu dôsledného poskytnutia úplných a presných informácií o zdravotnom stave Klienta pre spoločnosť KLINIKA IMPEDAČNEJ TERAPIE s. r. o., ako poskytovateľa.

### 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:

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

### GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA (ŽENY)

údaje o menštruácii

od: ..... dní do: ..... dní

- pravidelná:
- nepravidelná:
- počet pôrodov: .....
- počet spontánnych potratov: .....
- počet umelých potratov: .....
- užívanie horm. antikoncepcie:

Podstúpili ste niekedy gynekologickú operáciu? Ak áno, napíšte kedy a akú:

.....

### 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 a úrazy, ktoré ste v živote prekonali a v akom veku (do času prvej návštevy Poskytovateľa):

.....  
.....

Prekonali ste niekedy alebo trpíte niektorým z nižšie uvedených ochorení?

- ischemická choroba srdca:
- bolesti v hrudi:
- infarkt myokardu:
- cievna mozgová príhoda:
- hypertenzia:
- cukrovka:
- nádorové ochorenie:
- tuberkulóza:
- infekčná hepatitída:
- neurologické ochorenie:
- psychiatrické ochorenie:

### AKTUÁLNE OCHORENIA

Akými ochoreniami trpíte? Na aké ochorenia sa v súčasnosti liečite, a u ktorého poskytovateľa zdravotných služieb (uvedte meno a odbor)? Aké máte ťažkosti? Opíšte ich prosím voľným slovom.

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

Chronologicky opíšte svoje ťažkosti, ktoré Vás viedli k návšteve Poskytovateľa od ich vzniku až po súčasnosť. Uvedte všetky možné súvislosti, ktoré sa Vám s týmito ťažkosťami spájajú.

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

**AKTUÁLNY ZDRAVOTNÝ STAV**

Môže vyplniť obvodný lekár, prípadne vhodné priložiť výpis zo zdravotnej dokumentácie:

.....  
.....

Výšetrenia z krvi (vyplnía lekár), príp. príloha:

KO:

HT:

FW:

LIPIDOGRAM:

MINERALOGRAM:

Výsledok poslednej magnetickej rezonancie (môže vyplniť lekár), príp. príloha (čas, miesto, oblasť):

.....  
.....

Výsledok posledného CT(môže vyplniť lekár), príp. príloha (čas, miesto, oblasť):

.....  
.....

Napište alebo priložte v kópii ďalšie výsledky dostupných vyšetrení, priložte kópie CD nosičov s príslušnými dátami (ak nimi disponujete), ktoré vznikli pred prvou návštevou Poskytovateľa alebo pred prvým poskytnutím regeneračných služieb, so zameraním na chrbticu a pohybový aparát:

.....  
.....

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 ..... dňa .....

Klient

## SÚHLAS DOTKNUTEJ OSOBY SO SPRACÚVANÍM 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: .....

dátum narodenia: .....

bydliskom: .....

e-mail: .....

meno a priezvisko zák. zást.: .....

(„Dotknutá osoba – Klient“)

vyhlasujem, že v súlade so ZoOOÚ udeľujem

spoločnosti: **KLINIKA IMPEDAČNEJ TERAPIE s. r. o.**  
so sídlom: Černyševského 26, 851 01 Bratislava – mestská časť Petržalka  
IČO: 51 338 459  
zapísanej v: v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Odd.: Sro, Vl. č.: 126148/B

(„Poskytovateľ“)

súhlas so spracovaním osobných údajov

za účelom ich spracovania v súvislosti s poskytovaním regeneračných služieb, a to v rozsahu titul, meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, bydlisko, kontaktné údaje, pohlavie, vek, údaj o zákonom zástupcovi, údaj o zdravotnej poisťovni, termíny návštev Poskytovateľa a mená a priezviská 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 ..... dňa .....

**Dotknutá osoba – Klient**

## POUČENIE A SÚHLAS KLIENTA

meno a priezvisko: .....

dátum narodenia: .....

rodné číslo: .....

meno a priezvisko zák. zást.: .....

(„Klient“)

vyhlasujem, že som bol/a poučený/á a udeľujem svoj súhlas

spoločnosti: **KLINIKA IMPEDANČNEJ TERAPIE s. r. o.**  
so sídlom: Černyševského 26, 851 01 Bratislava – mestská časť Petržalka  
IČO: 51 338 459  
zapísanej v: v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Odd.: Sro, Vl. č.: 126148/B

(„Poskytovateľ“)

s poskytovaním regeneračných služieb, ktorému predchádzalo poučenie Poskytovateľa.

Svojím podpisom vyhlasujem a potvrdzujem, že: (a) ma Poskytovateľ, prostredníctvom poverenej osoby, informoval o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia regeneračných služieb, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia regeneračných služieb, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia regeneračných služieb, (b) mi Poskytovateľ, prostredníctvom poverenej osoby, poskytol poučenie podľa predchádzajúceho bodu (a) zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu osoby, ktorú má poučiť.

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.

Svojím podpisom ďalej vyhlasujem a potvrdzujem, že poučeniu Poskytovateľa som porozumel/a a súhlasím s poskytnutím regeneračných služieb.

V ..... dňa .....

.....  
Klient

**POTVRDENIE O PREVZATÍ REGENERAČNÝCH SLUŽIEB**  
**dodací list: /por.číslo/mesiac/rok/pobočka/celkom/**

logo impedancnej terapie

meno a priezvisko: .....

dátum narodenia: .....

adresa bydliska: .....

meno a priezvisko zákonného zástupcu:.....

(„Klient“)

vyhlasuje a potvrdzuje, že od

spoločnosti:

**KLINIKA IMPEDAČNEJ TERAPIE s. r. o.**

so sídlom:

Černyševského 26, 851 01 Bratislava – mestská časť Petržalka

IČO:

51 338 459

zapísanej v:

v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Odd.: Sro, Vl. č.: 126148/B

pobočka:

Bratislava

(„Poskytovateľ“)

prevzal, resp. mu dňa ..... boli poskytnuté nasledovné regeneračné služby podľa zmluvy:

štandarda: 24-LIS

NW: 1-10

BMI: 15-35, váha: X kg, výška: X cm,

začiatok terapie:00:00:00 koniec terapie:00:00:00 počet navstev/terapii/zaznamov: 00

I. Terapeutické výkony:

1. myostimulacia od: 00:00:00 - / kým - pracovník 1/

do: 00:00:00 - / kým - pracovník 2/

celkom: 00:00:00

poznámka k myostimulácii / zapisuje sa pri ukončení terapeutického výkonu /

2. TDP lampa od: 00:00:00 - / kým - pracovník 1/

do: 00:00:00 - / kým - pracovník 2/

celkom: 00:00:00

poznámka k myostimulácii / zapisuje sa pri ukončení terapeutického výkonu /

3. terapia suchou ihlou od: 00:00:00 - / kým - pracovník 1/

do: 00:00:00 - / kým - pracovník 2/

celkom: 00:00:00

poznámka k myostimulácii / zapisuje sa pri ukončení terapeutického výkonu /

4. laser od: 00:00:00 - / kým - pracovník 1/

do: 00:00:00 - / kým - pracovník 2/

celkom: 00:00:00

poznámka k myostimulácii / zapisuje sa pri ukončení terapeutického výkonu /

5. masáž 1+30 od: 00:00:00 - / kým - pracovník 1/

do: 00:00:00 - / kým - pracovník 2/

celkom: 00:00:00

poznámka k myostimulácii / zapisuje sa pri ukončení terapeutického výkonu /

6. konzultácia od: 00:00:00 - / kým - pracovník 1/

do: 00:00:00 - / kým - pracovník 2/

celkom: 00:00:00

7. a ďalšie kroky ak boli vykonané

## II. Data impedancnej terapie:

1. počet akupunktúrnych ihliel: .....ks, schema terapie: /aku H alebo aku dole -podla TK/

2. typ aplikovanej myostimulacie: / myo H+D alebo stehna na chrbate - podľa TK/

3. RSO: vybavne/nevypavne

4. NW: X

5. NWP:X

6. maximalna hodnota:	P+	0%	/	0V	/	E SEI	/	C/s
	P-	0%	/	0V	/	E SEI	/	C/s
	L+	0%	/	0V	/	E SEI	/	C/s
	L-	0%	/	0V	/	E SEI	/	C/s

7. namerané rozdiely / zaznamenane každú minútu /:

- tabulka z harku číslo 3, ktorý je v subore pani k od riadku 4 po riadok 15

8. grafické zobrazenie / závislosť C/s, E SEI, % od času v minútach a násobene BMI indexom /:

v harku 3 sa nachádza upravená tabuľka na základe jej BMI tak že som každú hodnotu vynásobil BMI indexom - graf má názov krncokova bod 6 a bude ako pre prave elektrody tak aj pre ľave elektrody, teda grafy budú dva, môžeme samozrejme kresliť aj grafov viac + referenčný graf závislosti C/s, E SEI, % u klienta s NW pod 3 vrátane, a C/s ktoré je pod 0.1 viac ako 15 min. pri súhlasnom type aplikovanej myostimulácie

9. celkom aplikovanej energie / tento údaj je v statistike / - pohybuje sa na nejakej úrovni v 100 kach ale neviem ho teraz najst.

10. interval aktivácie PGR reflexu od spustenia myostimulácie s aplikovanou terapiou suchej ihly a nastavením TDP lampy ( je to vidieť v histórii zaznamov / - tento údaj je údajom kedy sa grafy rozdielov C/s dostávajú do pozitívnych čísel alebo opacne, potrebné určiť časovú jednotku

V ..... dňa .....

Klient

Poskytnutie regeneračných služieb potvrdzuje: .....

Poskytovateľ

Odtlačok pečiatky

## PROTOKOL O ZAPOŽIČANÍ MYOSTIMULAČNÉHO PRÍSTROJA

meno a priezvisko: .....

dátum narodenia: .....

bydliskom: .....

meno a priezvisko zák. zást.: .....

(„Klient“)

vyhlasuje a potvrdzuje, že od

spoločnosti: **KLINIKA IMPEDAČNEJ TERAPIE s. r. o.**

so sídlom: Černyševského 26, 851 01 Bratislava – mestská časť Petržalka

IČO: 51 338 459

zapísanej v: v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Odd.: Sro, Vl. č.: 126148/B

(„Poskytovateľ“)

prevzal za účelom zapožičania myostimulačný prístroj s výrobným číslom ..... („Prístroj“)  
s príslušenstvom potrebných na jeho používanie za nasledovných podmienok:

**doba zapožičania Prístroja:** .....

príslušenstvo potrebné na používanie Prístroja:

.....  
.....

podmienky používania Prístroja:

.....  
.....

frekvencia používania Prístroja:

.....  
.....

spôsob používania Prístroja:

.....  
.....

**odplata za zapožičanie:** .....

Klient sa zaväzuje používať Prístroj v súlade s podmienkami jeho používania uvedenými vyššie, v Poskytovateľom stanovenej frekvencii a spôsobom, ktorý je uvedený vyššie.

Klient je povinný vrátiť Poskytovateľovi Prístroj v lehote 3 pracovných dní odo dňa ukončenia doby zapožičania Prístroja uvedenej vyššie a bez poškodenia. Klient zodpovedá Poskytovateľovi za škodu spôsobenú na Prístroji.

Klient vyhlasuje, že spolu s Prístrojom a jeho príslušenstvom mu Poskytovateľ odovzdal aj kópiu certifikátu Prístroja.

V ..... dňa .....

.....  
Klient

Potvrďuje:

.....  
Poskytovateľ