

Anamnestický dotazník

Vyplňte prosím pečlivě, informace jsou součástí zdravotní dokumentace a budou použity pro postup ošetření.

Informace podléhají lékařskému tajemství a zaručujeme jejich ochranu (GDPR).

Seznamte se prosím předem s veškerými podmínkami a cenami za ošetření v našem nestátním zdravotnickém zařízení - jakékoli dotazy Vám rádi zodpovíme.

PŘÍJMENÍ.....JMÉNO.....Titul.....
Rodné čísloDatum narození.....
PojišťovnaStátní příslušnost.....
Ulice.....Čp.....Město.....PSC.....
E-mailTelefon

Označte prosím, popřípadě vypište, trpíte-li některým z uvedených onemocnění, jak dlouho a od kdy:

Alergie (jaké), popř. nesnášenlivost léků

Dlouhodobě užívané léky

Nemoc dýchacích cest/astma.....

Srdeční onemocnění, operace, kardiostimulátor

Vysoký krevní tlak (hodnota)

Mononukleóza

Revmatická horečka

Cukrovka (tablety, injekce)

Epilepsie (s léky, bez?).....

HIV/AIDS onemocnění

Hepatitida A, B, C, D (Žloutenka - jaký typ))

Častější krvácení / poruchy srážlivosti krve

Jakékoli jiné onemocnění nebo léčení:

Jste kuřák/ kuřačka? ANO NE

Používáte mezizubní kartáčky/dentální nitě.....

Navštívil/a jste v minulosti dentální hygienu? ANO NE popř. v kterém roce.....

Ženy: jste v jiném stavu? (ANO NE- uveďte prosím dobu v týdnech):

Jméno vašeho zubního lékaře, kde jste registrován:

Lékař, který indikoval dentální hygienu (ortodontista, parodontolog, stomatochirurg):
.....

UPOZORŇUJEME KLIENTY, ŽE NEBUDE-LI OBJEDNANÝ TERMÍN ZRUŠENÝ MIN. 48 HODIN
PŘEDEM,

JSME OPRÁVNĚNI ÚČTOVAT ÚHRADU ČASOVÉ ZTRÁTY DLE AKTUÁLNÍHO CENÍKU.

Seznámil(a) jsem se a souhlasím s podmínkami ošetření i zárukami a s ceníkem hrazených výkonů. Vyplněné údaje jsou pravdivé a všemu rozumím.

Dne

Podpis