



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.

Jméno	<input type="text"/>	Příjmení	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Datum nar.	<input type="text"/>	Rodné číslo	<input type="text"/>	Pojišťovna	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>	Příslušnost	<input type="text"/>
Ulice a č.p.	<input type="text"/>	Město	<input type="text"/>	PŠČ	<input type="text"/>

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

Alergie (jaké), popř. nesnášenlivost léků	<input type="text"/>
Dlouhodobě užívané léky	<input type="text"/>
Nemoc dýchacích cest / astma	<input type="text"/>
Srdeční onemocnění, operace, kardiostimulátor	<input type="text"/>
Vysoký krevní tlak (hodnota)	<input type="text"/>
Mononukleóza	<input type="text"/>
Revmatická horečka	<input type="text"/>
Cukrovka (tablety, injekce)	<input type="text"/>
Epilepsie (s léky, bez?)	<input type="text"/>
HIV/AIDS onemocnění	<input type="text"/>
Hepatitida A, B, C, D (Žloutenka - jaký typ)	<input type="text"/>
Častější krvácení / poruchy srážlivosti krve	<input type="text"/>
Jakékoli jiné onemocnění nebo léčení:	<input type="text"/>
Jste kuřák / kuřačka?	Ano / Ne <input type="checkbox"/>
Používáte mezizubní kartáčky / dentální nitě?	Ano / Ne <input type="checkbox"/>

Ženy: jste v jiném stavu?	Ano / Ne <input type="checkbox"/>
Jestliže ANO, uveďte prosím dobu v týdnech a případné informace.	<input type="text"/>

Váš zubní lékař / lékař, který indikoval dent.hyg. (ortodontista, parodontolog, stomatochirurg):	<input type="text"/>
Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky?	Ano / Ne <input type="checkbox"/>

<input type="text"/>
Podpis
Datum <input type="text"/>

**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, proto přikládám svůj podpis a datum.