Vstupni dotaznik pacienta

Jmeno a prijmeni:

Rodne cislo / Datum narozeni:

Adresa bydliste:

Telefon:

E-mail:

Zdravotni pojistovna:

Zdravotni stav:

- Mate v soucasnosti nejake zdravotni potize?
- Uzivate pravidelne nejake leky? Pokud ano, jake:
- Trpite alergiemi? (napr. na leky, latex, potraviny):
- Prodelal/a jste v minulosti zavazne onemocneni nebo operaci?
- Kourite? Pokud ano, kolik cigaret denne:
- Jste tehotna? (v pripade zen)

Stomatologicka anamneza:

- Kdy jste byl/a naposledy u zubniho lekare?
- Mate v soucasnosti bolesti zubu nebo dasni?
- Mate obavy ze zubniho osetreni?
- Mel/a jste v minulosti neprijemnou zkusenost se zubnim osetrenim?

Souhlas pacienta:

Potvrzuji, ze uvedene udaje jsou pravdive a uplne.

Souhlasim se zpracovanim osobnich udaju za ucelem poskytovani zdravotni pece.

Datum: Podpis pacienta: