DOTAZNÍK PACIENTA

Příjmení :	**Jméno:**
Rodné číslo :	**Titul:**
Adresa:	
Telefon (mobil) :	**E-mail:**
Zdravotní pojišťovna:	**Typ zdravotního pojištění: 1 2 3 4**

Mám alergie ?	**NE**	**ANO**	*(léky, kovy, ostatní)*
Poruchu krevní srážlivosti ?	**NE**	**ANO**	
Kolapsové stavy ?	**NE**	**ANO**	
Onemocnění srdce ?	**NE**	**ANO**	
Závažná onemocnění ?	**NE**	**ANO**	*(cukrovka, epilepsie, žloutenka poruchy imunity, aids, jiné)*
Kouřím ?	**NE**	**ANO**	*(10, 20, 30, více denně)*
Beru drogy ?	**NE**	**ANO**	
Jsem těhotná ?	**NE**	**ANO**	
Navštěvuji dentální hygienistku?	**NE**	**ANO**	
Užívám trvale léky?	**NE**	**ANO**	*jaké:*

Kdy a kde jsem byl naposledy u zubaře?

Cena případného ošetření závisí na použití daného materiálu, rozsahu ošetření, časové náročnosti, estetického požadavku pacienta a na podílu veřejného zdravotního pojištění. Cena ošetření vyplyne z léčebného plánu, ceníky jsou k nahlédnutí v ordinaci.

Veškeré Vámi uvedené osobní informace jsou považovány za přísně důvěrné a nebudou nikomu předány ani jiným způsobem zneužity. Nepravdivé údaje budou přičteny k tíži pacienta. Dojde-li k jakékoliv změně údajů je třeba vyplnit **nový formulář**.

DATUM	**PODPIS PACIENTA:**
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	

Děkujeme

zubařství
Svobodovi