



DOTAZNÍK PACIENTA

Monadent s.r.o.

MUDr. Monika Šímanová Kramerová

OSOBNÍ ÚDAJE

Příjmení:..... Jméno:..... Titul:.....

Rodné č.:..... Zdrav. Poj.:.....

Tel.(mob):..... Email:.....

Bydliště(vč. PSČ):.....

Povolání:..... Zaměstnavatel:.....

ZDRAVOTNÍ STAV

Užíváte pravidelně nějaké léky? Jaké?.....

Máte některé z následujících onemocnění?

Vysoký krevní tlak	ANO/ NE	
Porucha krevní srážlivosti	ANO/ NE	uved'te:
Onemocnění srdce	ANO/ NE	uved'te:
Vážné infekční onemocnění (HIV, žloutenka A,B,C)	ANO/ NE	uved'te:
Onemocnění štítné žlázy	ANO/ NE	
Diabetes (cukrovka)	ANO/ NE	
Astma	ANO/ NE	
Epilepsie	ANO/ NE	
Revmatické (kloubní)	ANO/ NE	
Osteoporóza	ANO/ NE	
Psychiatrické	ANO/ NE	uved'te:
Alergie	ANO/ NE	

Uved'te alergie:.....

Jiná onemocnění- uved'te:.....

Děkujeme za poskytnuté informace. Všechny údaje podléhají lékařskému závazku mlčenlivosti. Poskytují důležité informace o vašem zdravotním stavu a neslouží k jiným účelům.

Souhlasím se smluvními podmínkami o poskytování zdravotní stomatologické péče a s podmínkami o zpracování osobních údajů na tomto pracovišti.

(Informace o zpracování osobních údajů jsou na požádání v ordinaci).

Jakýkoli nesouhlas s uvedenými informacemi sdělím při vstupu do ordinace ošetřujícímu personálu.

V dne.....

.....
Podpis pacienta