

Anamnéza

Jméno:.....Příjmení.....Pojišť'ovna.....

Adresa.....

Rodné číslo..... Telefon.....

E-mail.....

Máte alergie? (Uved'te jakou) ano ne

Kouříte? ano ne

Užíváte pravidelně nějaké léky a jaké ? ano ne

Jste těhotná ? (Uved'te měsíc) ano ne

Kdy jste byl(a) naposledy hospitalizován(a) a na kterém oddělení?

Máte některé z následujících onemocnění?

AIDS , HIV ano ne

Astma ano ne

Angina Pectoris ano ne

Jiné srdeční onemocnění ano ne

Infekční onemocnění ano ne

Cukrovka ano ne

Epilepsie ano ne

Vysoký krevní tlak ano ne

Jiné důležité onemocnění, na které nás chcete upozornit.....

Ortodontická péče ano ne

Parodontologická péče ano ne

Úraz hlavy, čelisti ano ne

Poslední návštěva u zubního lékaře.....

Kdy jste byl(a) naposledy rentgenován(a)?.....

Údaje Vámi uvedené podléhají lékařskému tajemství a budou použity pouze k tomu, abychom ošetření přizpůsobili Vašemu zdravotnímu stavu.

Datum.....

Podpis.....