

Pouze pro potřeby zubní ordinace OlzaDent. Tato data podléhají lékařskému tajemství.

Jméno a příjmení, titul	
Datum narození, rodné číslo	
Zdravotní pojišťovna	
Telefonní číslo	
Email	
Bydliště – adresa	
Povolání	

Rádi bychom minimalizovali zdravotní rizika spojená s ošetřením. Prosíme proto o odpověď na následující otázky, které se týkají Vašeho celkového zdravotního stavu. Správné odpovědi kroužkujte.

Probíhá v současné době nějaká léčba?	ANO	NE
Jaká?		
Proběhla hospitalizace v průběhu posledních 2 let?	ANO	NE
Důvod?		
Užíváte aktuálně nebo pravidelně nějaké léky? Vč. antikoncepce.	ANO	NE
Jaké?		
Máte nějakou alergii?	ANO	NE
Jakou?		

Léčíte se nebo jste se léčil/a s nějakou z následujících chorob? Správnou odpověď kroužkujte.

Cukrovka	ano	ne	Vysoký krevní tlak	ano	ne	Porucha krevní srážlivosti	ano	ne
Astma	ano	ne	Nemoci srdce	ano	ne	Onemocnění jater	ano	ne
Epilepsie	ano	ne	Cukrovka	ano	ne	Onemocnění plic	ano	ne
HIV	ano	ne	Nemoc št.žlázy	ano	ne	Rakovina. Uveďte:		
Žloutenka	ano	ne	Nemoc žaludku, střev	ano	ne	Jiná onemocnění. Uveďte:		

Jste těhotná?	ANO	NE	Kojíte?	ANO	NE	Kouříte?	ANO	NE
Kdo byl Váš předešlý zubař?								
Kdy jste byl/a naposledy u zubaře? Uveďte rok:								

Datum a podpis pacienta
(rodiče nebo zákonného zástupce)