



DOTAZNÍK PACIENTA

Monadent s.r.o.

MUDr. Monika Šimanová Kramerová

OSOBNÍ ÚDAJE

Jméno:..... Příjmení:..... 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

Onemocnění srdce ANO/ NE

Vážné infekční onemocnění
(HIV, žloutenka A,B,C) ANO/ NE

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

Alergie ANO/ NE

Uveďte alergie:.....

.....

Jiná onemocnění- uveďte:.....

.....

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

Souhlasím s podmínkami o zpracování osobních údajů na tomto pracovišti.

(Informace o zpracování osobních údajů jsou volně přístupné v čekárně či na požádání v ordinaci).

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

V dne.....

.....

Podpis pacienta