

# ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK



Všechny Vámi uvedené informace podléhají tajemství a jsou součástí zdravotnické dokumentace.

Jméno a příjmení: .....

Rodné číslo: .....

Zdravotní pojišťovna: .....

Kontaktní adresa: .....

e-mail: .....

telefon: .....

**Zakroužkujte** pravdivé údaje:

Kouříte? ANO NE

Byl/a jste někdy hospitalizován/a? ANO NE

Utrpěl/a jste někdy úraz hlavy/čelisti? ANO NE

Byl/a jste někdy léčen/a na ortodoncii/parodontologii? ANO NE

Máte kardiostimulátor? ANO NE

Jste těhotná? (pouze pro ženy) ANO NE

Alergie? ANO NE

Pokud ano, jaké (léky, dezinfekce, potraviny, pyly, roztoči)?

.....

Onemocnění srdce a cév ANO NE léky .....

Vysoký krevní tlak ANO NE léky .....

Nemoci dýchacích cest ANO NE léky .....

Cukrovka (*diabetes*) ANO NE léky .....

Onemocnění štítné žlázy ANO NE léky .....

Epilepsie ANO NE léky .....

Krvácivé choroby ANO NE léky .....

Revmatická horečka ANO NE léky .....

Infekční onemocnění ANO NE léky .....

(*žloutenka, HIV ...*)

Jiná onemocnění .....

Jiné léky .....

Kdy jste byl/a naposledy u zubního lékaře? .....

**Souhlasím se zpracováním svých osobních, citlivých a kontaktních údajů**

Svým podpisem potvrzuji pravdivost údajů a všemu rozumím:

v..... dne .....

podpis

Dovolujeme si vás informovat, že vaše osobní, identifikační a doručovací údaje jsou zpracovávány pro účely přímého marketingu v souladu se Zásadami zpracování údajů (GDPR) volně přístupných na našich webových stránkách.