

| VSTUPNÍ DOTAZNÍK | | | | | | | |
|---|---|----|---------------|-----|----|-----|----|
| TITUL: | | | | | | | |
| JMÉNO: | | | | | | | |
| PŘÍJMENÍ: | | | | | | | |
| RODNÉ ČÍSLO: | | | | | | | |
| DATUM NAROZENÍ: | | | | | | | |
| POJIŠTOVNA: | | | | | | | |
| TELEFON: | | | | | | | |
| EMAIL: | | | | | | | |
| ADRESA: | | | | | | | |
| JMÉNO A TELEFON NA PRAKTICKÉHO LÉKAŘE: | | | | | | | |
| ANAMNÉZA | | | | | | | |
| ALERGIE: | | | | | | | |
| KUŘÁK: | ANO | NE | | | | | |
| LÉČÍTE SE S NĚJAKÝM ONEMOCNĚNÍM? POPŘÍPADĚ S JAKÝM | | | | | | | |
| UŽÍVÁTE NĚJAKÉ LÉKY? POKUD ANO- VYPSAT | <table border="1"> <tr> <td>ANO</td> <td>NE</td> </tr> <tr> <td>ANO</td> <td>NE</td> </tr> </table> | | | ANO | NE | ANO | NE |
| ANO | | | | NE | | | |
| ANO | | | | NE | | | |
| LÉČÍTE SE S OSTEROPOROZOU? | | | | | | | |
| UŽÍVÁTE ANTIKOAGULANCIA ČI ANTIAGREGANCIA? | | | | | | | |
| PRODĚLANÉ ONEMOCNĚNÍ ČI OPERACE: | | | | | | | |
| TĚHOTNÁ: | ANO | NE | POČET MĚSÍCŮ: | | | | |
| ZUBNÉ PÉČE | | | | | | | |
| DOCHÁZÍTE NA PRAVIDELNÉ PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY K ZUBAŘI? POKUD ANO, KE KOMU | | | | | | | |
| MÁTE AKTUÁLNĚ NĚJAKÉ PROBLÉMY TÝKAJÍCÍ SE ZUBŮ? | | | | | | | |
| SOUHLASÍM SE SHROMAŽDOVÁNÍM, ZPRACOVÁNÍM A UCHOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ A SDĚLENÍ INFORMACÍ PODLE ZÁKONA Č. 101/2000 Sb., O CHRANĚ OSOBNÍCH ÚDAJŮ. DÁLE SOUHLASÍM S MOŽNOSTÍ SDĚLENÍ INFORMACE MĚSTU TELČ, ŽE JSTE U NÁS REGISTROVÁN. | | | | | | | |
| DATUM: | PODPIS OSOBY ČI ZÁKONÉHO ZÁSTUPCE: | | | | | | |