



# Zubná Ambulancia Doc. Lindauera

Milá pacientka, milý pacient,

Vítame Vás v Zubnej ambulancii Doc. Landauera a tešíme sa, že ste sa rozhodli stať sa našim pacientom. Aby sme Vám mohli zabezpečiť dokonalé ošetrovanie Vašich zubov, prípadne s Vami individuálne naplánovať liečbu, potrebujeme od Vás nasledovné informácie a údaje o Vašom zdravotnom stave.

Ďakujeme!

**Vaše osobné údaje:**

Meno
Priezvisko
Rodné číslo
Adresa
PSČ / Mesto
Telefónne číslo
Mobilné tel. číslo
E-Mail
Povolanie
Zamestnávateľ

Zdravotná poisťovňa:  VŠZP  Dôvera  Union

**Dôvod návštevy zubnej ambulancie** (napr. prevencia, akútna bolesť, bielenie zubov, dentálna hygiena, implantáty, poradenstvo, protetika a iné):

**Kde ste sa dozvedeli o našej zubnej ambulancii?**

- Osobné odporúčanie:
- Internet:
- Iné:

### Údaje o zdravotnom stave:

- |   |                              |                              |                                |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Astma   | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |                                |
| Alergie   | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie | ak áno, aké:                   |
| Diabetes (cukrovka)                                 | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |                                |
| Srdcovo-cievne ochorenie                            | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie | ak áno, aké:                   |
| Srdcová porucha                                     | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie | ak áno, aká:                   |
| Porucha zrážanlivosti krvi                          | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie | ak áno, aká:                   |
| Infarkt   | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie | ak áno, kedy:                  |
| Infekčné ochorenie<br>(Hepatitída, AIDS, TBC a iné) | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie | ak áno, aké:                   |
| Nádorové ochorenie                                  | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie | ak áno, kedy a aké:            |
| Osteoporóza   | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |                                |
| iné ochorenia                                       | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie | ak áno, aké:                   |
| Fajčím  | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> občas |
| Konzumujem alkohol                                  | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> občas |
| Som tehotná   | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie | ak áno, v ktorom mesiaci:      |
| Pravidelne užívam lieky                             | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie | ak áno, aké:                   |

Mojím podpisom potvrdzujem správnosť uvedených údajov a o prípadných zmenách budem informovať Zubnú ambulanciu Doc. Lindauera s.r.o. pri najbližšej návšteve.

v \_\_\_\_\_, dňa \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_