

Strana 1.

## Osobní údaje a zdravotní anamnéza

**Příjmení:** ..... **Jméno:** ..... **Titul:** .....

**Rodné číslo:** ..... **Zdravotní pojišťovna:** ..... **Profese:** .....

**Adresa trvalého bydliště:** .....

**Kontaktní telefon, mobil, e-mail:** .....

**Zákonný zástupce:** ..... **Otec:** ..... **Profese:** .....

(u dětí a mladistvých do 18 let) **Matka:** ..... **Profese:** .....

**Váš ošetřující (registrující) zubní lékař:** .....

Vážená paní, vážený pane!

Toto je dotazník, který se stane součástí Vaší zdravotní dokumentace. Údaje podléhají lékařskému tajemství a budou použity pouze k tomu, abychom ošetření přizpůsobili Vašemu zdravotnímu stavu. Jakékoliv onemocnění může mít vliv na způsob stomatologického ošetření! Proto vyplňte prosím pečlivě tento dotazník. Jakoukoliv změnu Vašeho zdravotního stavu nahlase ošetřujícímu lékaři při nejbližší příležitosti.

**Léčíte se nebo léčili jste se na:** ..... (Zakroužkujte správnou odpověď)

**Onemocnění srdce nebo cév** ..... **ANO** ..... **NE** .....

**Které:** .....

**Vysoký krevní tlak** ..... **ANO** ..... **NE** ..... **Poruchu krevní srážlivosti** ..... **ANO** ..... **NE** .....

**Infekční onemocnění** ..... **ANO** ..... **NE** .....

**Které:** (tuberkulóza, žloutenka, HIV a jiné) .....

**Které léky užíváte pravidelně?** .....

.....

**Alergie:** ..... **ANO** ..... **NE** ..... **Jaké:** .....

.....

**Epilepsie** ..... **ANO** ..... **NE** .....

**Jiné onemocnění:** .....

.....

Všechny uvedené údaje jsou pravdivé a aktuální.

**Podpis:** ..... **Datum:** .....

**Podpis zákonného zástupce (u dětí a mladistvých do 18 let):** .....

Strana 2. **Podmínky ošetření v ordinaci MUDr. Václava Mrovce**

1. Toto zdravotnické zařízení má smlouvu s těmito zdravotními pojišťovnami:

**111 – Všeobecná zdravotní pojišťovna**

**201 – Vojenská zdravotní pojišťovna**

**205 – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna**

**207 – Oborová zdravotní pojišťovna**

**211 – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra**

**213 – Revírní bratrská pojišťovna**

**217 – Zdravotní pojišťovna Metal Aliance**

Pojištěnci nesmluvních zdravotních pojišťoven (**209 – Zaměstnanecká pojišťovna Škoda**) či **pacienti bez zdravotního pojištění** si veškerou poskytnutou péči hradí v plné výši dle platného ceníku.

Nadstandardní výkony a materiály nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

2. Na základě vyšetření budete seznámeni se stavem Vašeho chrupu a následně informováni o možnostech ošetření. Po vzájemné dohodě bude stanoven individuální léčebný a cenový plán.
3. Pokud se nemůžete dostavit na sjednaný termín, sdělte nám to prosím co nejdříve – nejpozději 24 hodin předem. Nedostavíte-li se opakovaně na sjednaný termín, další domluvené termíny Vám budou zrušeny.
4. V rámci zkvalitnění služeb pro Vás se budeme snažit, aby Váš čas strávený v čekárně byl co nejkratší. Avšak v některých případech nelze dodržet časový harmonogram (komplikace u právě probíhajícího výkonu, atd.). Při zdržení delším 15-ti minut budete o této skutečnosti informováni. V případě, že by toto zdržení narušilo Váš další časový plán, bude vám nabídnut náhradní termín ošetření.
5. Pacient je povinen průběžně informovat lékaře o změnách svého zdravotního stavu.

Souhlasím s výše uvedenými podmínkami.

Podpis: .....

Datum: .....

Podpis zákonného zástupce (u dětí a mladistvých do 18 let): .....