

**Jméno a příjmení:**

**číslo pojištění:**

**pojišťovna:**

**Bydliště:**

odeslán ad.: Zubní chirurgie s.r.o.  
Olomoucká 470/86, 746 01 Opava

**K výkonu nebo vyšetření se prosím objednejte v těchto časech**

tel.:	553 766 380	po	7.30-14:00
	724 381 066	út	7.30-15:00
		st	7.30-14:00
objednání:	info@zchopava.cz	čt	7.30-14:00
k zaslání OPG:	zubnichirurgie.opg@seznam.cz	pa	7.30-12:00
další informace:	www.zchopava.cz		

**požadavek:**

**zapůjčeno:** OPG i.o.RTG

**datum:**

**podpis a razítko lékaře:**

**Prosím, vyplní pacient:**

V zájmu bezpečnosti a zvýšení kvality ošetření, prosíme o pečlivé vyplnění přiloženého dotazníku.

Jste sledován na specializovaných ambulancích?	ANO	NE
interna hematologie	ANO	psychiatrie
kardiologie	ANO	revmatologie
neurologie	ANO	onkologie
Podrobil jste se kardiochirurgickému výkonu?	ANO	NE
Užíváte léky na "ředění" krve?	ANO	NE
Trpíte poruchou krevní srážlivosti?	ANO	NE
Prodělal jste trombózu nebo embolii?	ANO	NE
Prodělal jste srdeční infarkt a kdy?	ANO	NE
Prodělal jste ozařování nebo chemoterapii?	ANO	NE
Máte kovovou náhradu kloubu?	ANO	NE
Trpíte onemocněním jater?	ANO	NE
Docházíte na hemodialýzu?	ANO	NE
Jste léčen na osteoporózu?	ANO	NE

Na co jste alergický?:

Seznam užívaných léků

datum:

podpis pacienta nebo zákonného zástupce: