

13. Onemocnění štítné žlázy (struma...)

ANO NE

Uvedte:

14. Onemocnění očí (zelený zákal,...)

ANO NE

Uvedte:

15. Onemocnění mozku a nervů (mozková příhoda, meningitis, epilepsie, obrny nervů, migrény...)

ANO NE

Uvedte:

16. Onemocnění (úrazy) páteře či míchy (zlomeniny, vertebrogenní syndrom, výhřez ploténky, záněty nervů....)

ANO NE

Uvedte jaké a které oblasti.

17. Psychická a psychiatrická onemocnění (deprese, schizofrenie....)

ANO NE

Uvedte:

18. Onemocnění krve a (nebo) poruchy krevní srážlivosti

ANO NE

Uvedte:

19. Alergie (léky, dezinfekce, potraviny,...)

ANO NE

Uvedte konkrétně na co jste alergický/á, a jak se alergie projevuje.

20. Trpíte některým jiným, zde neuvedeným onemocněním?

ANO NE

Kterým?

21. Máte zubní náhradu? Jakého typu – fixní (nelze vyndat) či snímací?

22. Viklají se vám některé zuby? Které?

23. Kouříte pravidelně? Kolik denně? ANO – počet: NE

24. Pijete pravidelně alkohol? ANO NE

25. Pijete pravidelně kávu? Kolik denně? ANO – počet: NE

26. Užíváte drogy či jiné návykové látky? ANO – jaké NE

27. Uvedte, které léky a v jaké dávce užíváte:

28. Máte v současné době nějaké akutní zdravotní obtíže? Uvedte:

29. Jste těhotná? ANO NE

Prohlašuji a svým podpisem stvrzuji, že mnou uvedené údaje jsou pravdivé a úplné.

V..... dne:..... Podpis pacienta:.....