

Registrační Formulář



Osobní údaje:

Titul:	<input type="text"/>	Povolání:	<input type="text"/>	Kontaktní osoba pro stav nouze (jméno):	<input type="text"/>
Příjmení:	<input type="text"/>	Jméno:	<input type="text"/>	Telefon na kontaktní osobu:	<input type="text"/>
Rodné číslo:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>	Pojišťovna:	<input type="text"/>
Adresa:	<input type="text"/>			Pohlaví?:	<input type="checkbox"/> :muž žena: <input type="checkbox"/>
E-mail:	<input type="text"/>			Preferovaný způsob komunikace?:	
Jak jste se o nás dozvěděli?	<input type="text"/>			E-mail:	<input type="checkbox"/>
				mobil:	<input type="checkbox"/>

Zdravotní údaje:

Jste alergický na? (označte "X", pokud ano):

Chlór:	<input type="checkbox"/>	Latex:	<input type="checkbox"/>	Anestetika:	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="typ, jaké:"/>
Jód:	<input type="checkbox"/>	Pryskyřice:	<input type="checkbox"/>	Kovy:	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="jaké"/>
		typ, jaké:	<input type="text"/>			
Antibiotika:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Jiné alergie? (popište):	<input type="checkbox"/>	jaké:	<input type="text"/>			

Trpíte, nebo prodělali jste, některou z následujících nemocí? (označte "X", pokud ano):

Rakovina?	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	Žloutenka	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="typ:"/>
Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	Glaukom (zákal)?	<input type="checkbox"/>	Problémy s krevním tlakem?	<input type="checkbox"/>	
Tuberkulóza?	<input type="checkbox"/>	Jste HIV pozitivní?	<input type="checkbox"/>	Onemocnění jater, nebo ledvin?	<input type="checkbox"/>	
Kouříte?	<input type="checkbox"/>	Máte kardiostimulátor?	<input type="checkbox"/>	Onemocnění štítné žlázy?	<input type="checkbox"/>	
Chudokrevnost?	<input type="checkbox"/>	Mozková mrtvice?	<input type="checkbox"/>	Prodělali jste ozařování, chemoterapii?	<input type="checkbox"/>	
Vředy?	<input type="checkbox"/>	Těhotná - Kojíte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Psychiatrické onemocnění?	<input type="checkbox"/>	
Kardiovaskulární choroby, poruchy srážlivosti krve?	<input type="checkbox"/>	Užíváte léky na zředění krve?	<input type="checkbox"/>			
Ostatní onemocnění:	<input type="text"/>					
Uveďte léky, které užíváte:	<input type="text"/>					

Máte uměle nahrazeny?

Cévy?	<input type="checkbox"/>	Chlopně?	<input type="checkbox"/>	Klouby?	<input type="checkbox"/>	Cočky?	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	--------------------------	---------	--------------------------	--------	--------------------------

Souhlasím s poskytnutím mých osobních dat a jejich zpracováním v souladu se zákonem C. 101/2000 sb. o ochraně osobních údajů:
Smluvní pokuta: V případě, že se nebudete moci dostavit na dohodnutý termín návštěvy, omluvte se nejpozději 24 hodin předem.
Pokud tak neučiníte, může Vám být účtován poplatek.

Podpis:

Datum:

Váš dotazník úsměvu

Pomozte nám vylepšit Váš úsměv (vyplňte prosím příslušná políčka).

Všechny informace jsou důvěrné.

Líbí se Vám Váš úsměv?

Kdy jste byl(a) naposledy u zubaře?

Je něco, s čím jste byl(a) nespokojen(á)?

Máte již některou z následujících zkušeností se zuby?

Citlivost (na horké, studené, sladké, kyselé):*

Kousání si vnitřní strany tváří, rtů:

Bolest zubů nebo nepohodlí při jídle či žvýkání:

Obtíže při žvýkání:

Bolest hlavy, krku, čelistí nebo uší:

Lupání nebo přeskokování čelistí:

Krvácející, napuchlé nebo podrážděné dásně:

Zůstávající jídlo mezi zuby:

Zápach z úst:

Ranky nebo vřídky v ústech:

Zatínání nebo skřípání zubů:

Kývající se nebo chybějící zub:

Podstoupil(a) jste již některé z následujících zákroků?

Léčba dásní (periodontální):

Protéza:

Fazety a inleje:

Rovnátko:

Bělení zubů:

Doplnění kosti:

Chtěl(a) byste, aby Vaše zuby byly bělejší?

Kdybyste měl(a) tu šanci, změnil(a) byste na svém chrupu některé z následujících:

Vyrovnanější chrup:

Celkový tvar zubů:

Mezery mezi zuby:

Delší zuby:

Náhrada dosavadní zubní výplně za přirozeně zbarvenou:

Náhrada staré korunky:

Oprava ulomeného zubu:

Bělejší zuby:

Náhrada chybějícího zubu:

Nechám si poradit lékařem:

Pokud ještě existuje něco, s čím nejste spokojen(a) a měl(a) byste tu možnost změnit, co by to bylo:

* vybrané podtrhněte