

- |  |     |    |
|--|-----|----|
| 17. Ženy: jste těhotná? V kterém měsíci.....?  | ano | ne |
| Kojíte?  | ano | ne |
| 18. Kouříte? Jak dlouho....., kolik denně.....?  | ano | ne |
| 19. Pijete alkohol? <input type="checkbox"/> Pravidelně? <input type="checkbox"/> Příležitostně? | ano | ne |
| 20. Užíváte drogy?   | ano | ne |

**Problémy v dutině ústní:**

- |   |     |    |
|---|-----|----|
| 1. Suchost v dutině ústní?  | ano | ne |
| 2. Obtížné kousání, žvýkání, polykání                                 | ano | ne |
| 3. Skřípání zubů?   | ano | ne |
| 4. Problémy s čelistním kloubem? / bolest, omezené otevírání /        | ano | ne |
| 5. Ortodontická léčba? / rovnátka /                                   | ano | ne |
| 6. Poranění zubů nebo čelistí vyražení, povyražení, zlomeniny čelistí | ano | ne |
| 7. Operace čelistí nebo obličeje                                      | ano | ne |
| 8. Nadpočetné zuby, zuby nevyrostlé, nezaložené / i v rodině /        | ano | ne |

**UPOZORŇUJEME KLIENTY, ŽE NEBUDE-LI OBJEDNANÝ TERMÍN ZRUŠEN MIN. 48 HODIN PŘEDEM, JSME OPRAVNĚNI ÚČTOVAT ÚHRADU ČASOVÉ ZTRÁTY DLE AKTUÁLNÍHO CENÍKU.**

**Pokud se na daný termín nemůžete dostavit, ale Váš rodinný příslušník je také našim pacientem a přejete si tento termín využít pro něj, je nutné se předem domluvit s ošetřujícím lékařem a to min. 48 hodin předem.**

**Při první neomluvené návštěvě automaticky rušíme další domluvené termíny.**

**Preventivní prohlídky doporučujeme dvakrát ročně a jsou v plné výši hrazeny ze zdravotního pojištění.**

**Dovolujeme si upozornit, že sjednaný čas Vašeho ošetření může být posunut s ohledem na nepředpokládané okolnosti při ošetření.**

**Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl seznámen s aktuálním ceníkem konzervačního ošetření ( tj. výplně a ošetření kořenových kanálků ) a hygieny.**

**Souhlasím s pravidelným prováděním dentální hygieny, při každé preventivní prohlídce na naší klinice. (Výjimkou jsou pacienti navštěvující dentální hygienu na jiné klinice – uveďte jméno, popř. název stomatologického zařízení).**

Datum: .....

Podpis: .....