

Zdravotní dotazník

Jméno:

Datum narození:

Adresa, telefon domů:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Prodělané nemoci a kdy:

Úrazy a kdy:

Současné zdravotní problémy (chronická onemocnění):

Pourazové stavy a déletrvající stav po vážné nemoci:

Léky užívané v současné době:

Alergie na co a čím je to léčeno:

Alergie na léky:

Jiná omezení:

Ostatní sdělení:

Očkování proti:

Prohlašuji, že všechny údaje jsou správné a že jsem vědomě nic nevynechal.

V Praze dne

Podpis: