

Žádanka na implantologii

Osobní data

Příjmení Jméno Titul

Rodné číslo / Pojišťovna (číslo)

Adresa

Tel. (mob.) Email

Onemocnění

Užívaná léčiva

Alergie

Kuřák? **Ano** **Ne** Kolik cigaret denně? Kolik let?

Kontakt na delegujícího lékaře

Příjmení Jméno Titul

E-mail Tel.

Požadované ošetření

Nahrazovaný zub/zuby/oblast zubů

Doplňující informace

V místě implantace je zub k extrakci **Ano** **Ne**

Ke konzultaci budou dodány RTG snímky pacienta **Ano** **Ne**

Včetně zhotovení protetické suprakonstrukce **Ano** **Ne**

Další informace

Datum

Razítko a podpis indikujícího lékaře