



ORTOPEDICKÉ ODDĚLENÍ - KLATOVSKÁ NEMOCNICE a.s.

PŘÍJMOVÝ DOTAZNÍK

(Údaje v dotazníku jsou důvěrné a jsou použity pouze k administrativnímu příjmu pacienta.)

OSOBNÍ ÚDAJE		
Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	
Titul:	Rodné příjmení:	
Číslo občanského průkazu (pasu):	Místo narození:	
Zdravotní pojišťovna:	Občanství:	
Bydliště:	PSČ:	
		Číslo telefonu:
Nejbližší příbuzní nebo osoby blízké (příjmení a jméno):	Vztah:	Číslo telefonu:
ZDRAVOTNÍ ÚDAJE		
Alergie:		Dieta:
Váha: kg	Výška: cm	
Užívané léky a jejich dávkování:		
Vážné nemoci, pobyty v nemocnici, operace, transfuze (kde, kdy):		
Příjmení a jméno praktického lékaře:		
Adresa:	PSČ:	

POKRAČUJTE NA DRUHÉ STRANĚ

ZAMĚSTNÁNÍ

Název zaměstnavatele:

Zaměstnán jako:

Adresa zaměstnavatele:

PSČ:

Starobní důchod: ano ne

Plný invalidní důchod: ano ne

Částečný invalidní důchod: ano ne

Nezaměstnaný: ano ne

Dočasná Pracovní Neschopnost: ano ne

Datum vystavení DPN:

Jaký lékař DPN vystavil, adresa:

Evidence na Úřadu práce: ano ne Adresa:

DALŠÍ DŮLEŽITÁ UPOZORNĚNÍ:

**DOTAZNÍK VYPLŇTE A PŘEDEJTE SESTRĚ NA ORTOPEDICKÉ
PŘÍJMOVÉ AMBULANCI V DEN, KDY PŘINESETE VÝSLEDKY
PŘEDOPERAČNÍCH VYŠETŘENÍ.**