**VSTUPNÍ DOTAZNÍK – NOVÁ REGISTRACE**

**Jméno, příjmení, titul: ………………………………………………………………………………………………………….……..**

**Rodné číslo:……..………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Zdravotní pojišťovna:………………………………………………………………………………………………………….……….**

**Adresa:………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Kontaktní e-mail, telefon:……………………………………………………………………………………………………………**

**Profese : …………………………………………………………………………………………..………**

**Osoba blízká vč. kontaktu: ………………………………………………………………………………………………..…………**

**Jméno a adresa Vašeho předchozího praktického lékaře:**

 **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Jaké užíváte léky?**

**U jakých specialistů se léčíte?**

**Máte nějakou alergii?**

**Kouříte ? Ak ano, kolik cigaret za den a kolik let? :**

**Výška a váha :**