

KONTAKTNÍ FORMULÁŘ

Prosíme o vyplnění potřebných údajů, které nám pomohou zajistit, aby péče a konzultace odpovídaly Vaším individuálním potřebám. Všechny informace jsou zpracovávány důvěrně a slouží výhradně pro poskytování péče.

OSOBNÍ ÚDAJE

Jméno, příjmení:

Rodné číslo:

Pojišťovna

Trvalá adresa:

Kontaktní adresa:

E-mail:

Telefon:

ZAŠKTRNĚTE CO ODPOVÍDÁ VAŠÍ SITUACI

(Určeno i pro partnery klientek/žen z cílové skupiny)

Po těhotenské ztrátě

Šestinedělí

Plánování těhotenství

Žena max. 1 rok od porodu

Těhotenství

VE STRUČNOSTI POPIŠTE:

- › Kdy obtíže začaly
- › Jak se projevují
- › Mají vaše potíže historii (opakují se/dříve se vyskytly)?
- › Co byste ráda/rád na konzultaci probrala/probral
- › Pokud užíváte medikaci, vypište jakou