

Dentalstyl s.r.o, Dvouletky 58, Ostrava
Ošetřující lékař | MUDr. Ludmila Dufková

ANAMNESTICKÝ ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

Vážení pacienti,

Žádáme Vás o pečlivé vyplnění tohoto zdravotního dotazníku, který nám pomůže co nejlépe ošetřit Váš chrup na základě informací o Vašem zdravotním stavu. Kterékoliv onemocnění může mít vliv na vaše ošetření zubním lékařem. (např. lokální anestézie, antibiotika, chirurgické zákroky apod.) Dotazník se stává nedílnou součástí Vaší zdravotní dokumentace a informace v něm obsažené podléhají lékařskému tajemství.

V případě, že u Vás dojde k jakékoliv změně ve vašem zdravotním stavu a v užívání léků je Vaší povinností nás o této změně neprodleně informovat!

Titul | Jméno | Příjmení

Rodné číslo.....Datum narození.....

Adresa trvalého bydliště | PSČ.....

Telefonický kontakt | mobil.....E-mail.....

Zdravotní pojišťovna.....Státní příslušnost.....

Povolání.....Zaměstnavatel.....

- zakroužkujte, případně vyberte/vypište správnou odpověď

Prodělal/a jste nebo právě probíhá některá z následujících chorob?

- | | | |
|---|-----|----|
| ✓ Vysoký krevní tlak, infarkt myokardu, angina pectoris, vrozené srdeční vady, umělá srdeční chlopeň, stav po bakteriální endokarditis? | ano | ne |
| ✓ Jste nositel kardiostimulátoru, defibrilátoru, by-passu, umělé kloubní náhrady? | ano | ne |
| ✓ Krevní choroby (chudokrevnost, leukemie, poruchy srážlivosti) | ano | ne |
| ✓ Choroby štítné žlázy (zvýšená funkce, snížená funkce, záněty) | ano | ne |
| ✓ Cukrovka (pokud ano, uveďte, zda užíváte injekčně inzulin, nebo tablety, dietu.) | ano | ne |
| | | |
| ✓ Choroby žaludku (vředy) a střev | ano | ne |
| ✓ Choroby jater (žloutenka- jaký typ, cirhóza) | ano | ne |
| ✓ Choroby ledvin | ano | ne |
| ✓ Choroby plic (astma průdušek) | ano | ne |
| ✓ Poruchy imunitního systému | ano | ne |
| ✓ Nádorové onemocnění (ozařování, chemoterapie) | ano | ne |
| ✓ Epilepsie (s léky, bez) | ano | ne |
| ✓ Revmatické nemoci | ano | ne |
| ✓ Infekční onemocnění (HIV, pohlavní nemoci, žloutenka, tuberkulóza) | ano | ne |
| ✓ Jiné např.: psychiatrické onemocnění, šedý oční zákal, zelený oční zákal) | ano | ne |
| ✓ Uveďte rok/měsíc, kdy jste byl/a naposledy na prevenci u zubního lékaře..... | | |

- pokračování na druhé straně

Jste alergik?

- | | | |
|--|-----|----|
| √ Nesnášenlivost léků (Penicilin, Tetracyklin, jiné vypište) | ano | ne |
| √ Anestetika (uvedte) | ano | ne |
| √ Dezinfekční prostředky (uvedte), např.: jód, chlór... | ano | ne |
| √ Kovy a plasty (uvedte) | ano | ne |

Léčíte se s něčím, co není uvedeno v tomto dotazníku? Pokud ano, napište s čím ano ne

.....

Užíváte léky? Pokud ano, vypište:

.....

.....

Jste kuřák? ano ne

Kolik cigaret denně.....? Jak dlouho.....?

Užíváte drogy? Uvedte jaké..... ano ne

Ženy: jste těhotná? Ve kterém týdnu?..... ano ne

Máte problémy s čelistním kloubem? (bolest, přeskokování, omezené otvírání úst) ano ne

Nosil/a jste rovnátka? Fixní? Snímací? ano ne

Prodělal/a jste operace dutiny ústní, čelistí, obličeje? ano ne

Podpisem tohoto dotazníku pacient stvrzuje, že údaje v něm uvedené jsou pravdivé a úplné a informacím v tomto dotazníku uvedeným rozumí.

V Ostravě dne

.....

Poskytovatel

.....

Příkazce (pacient)