

Důvěrný dotazník pacienta – zdravotní anamnéza

Tento dotazník poskytuje Vašemu zubnímu lékaři a specialistovi dentální hygieny důležité informace o Vašem zdravotním stavu. Data o zdravotním stavu neslouží žádnému jinému účelu, než je poskytování zdravotní péče společnostmi DK Dent, s.r.o. a DK Hygiene, s.r.o. a podléhají lékařskému tajemství. Kontaktní údaje slouží k založení Vaší zdravotní karty a k další komunikaci s Vámi – detailní informace o zpracování osobních údajů naleznete na www.arbesdent.cz, sekce „Osobní údaje“, nebo www.arbesplus.cz – sekce „Osobní údaje“.

Kontaktní údaje

Příjmení Jméno Titul

Datum nar. Rodné číslo Pojišťovna.....

Adresa Tel. (mob.).....

E-mail St. příslušnost.....

Jméno, adresa a telefon Vašeho praktického lékaře:

.....

Náhradní kontaktní osoba v případě nutnosti zanechání vzkazu (nemoc lékaře, změna termínu apod.):

Jméno a příjmení..... Tel.: E-mail

Zákonný zástupce (v případě nezletilých, nebo nesvéprávných osob):

Jméno a příjmení..... Tel.: E-mail

Váš zdravotní stav (nehodící se škrtněte)

1. Probíhá v současnosti nějaká léčba? Ano Ne
 Jaká.....

2. Proběhla hospitalizace během posledních dvou let? Ano Ne
 Důvod.....

3. Užíváte aktuálně nebo pravidelně nějaké léky, vč. antikoncepce? Ano Ne
 Jaké.....

4. Máte nebo proběhla alergická či nežádoucí reakce na léčiva (např. antibiotika) nebo anestetika? Ano Ne
 Upřesněte.....

5. Máte nebo proběhla alergická či nežádoucí reakce na kovy a jiné látky? Ano Ne
 Upřesněte.....

6. Léčíte se či máte některou z následujících diagnóz? Pokud ano, prosím označte.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vážné infekční onemocnění | <input type="checkbox"/> Onemocnění žaludku a střev („vředy“ apod.) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Porucha krevní srážlivosti (hemofilie) |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Onemocnění srdce (angína pectoris, infarkt myokardu) |
| <input type="checkbox"/> Alergie (lékové, potravinové) | <input type="checkbox"/> COVID-19 (i pouze v případě styku s nakaženou osobou) |
| <input type="checkbox"/> Vysoký krevní tlak | <input type="checkbox"/> Diabetes - cukrovka |
| <input type="checkbox"/> Onemocnění štítné žlázy | <input type="checkbox"/> Hepatitis - žloutenka A, B, C |
| <input type="checkbox"/> Onemocnění plic (astma, emfyzém) | <input type="checkbox"/> HIV |

Jiné onemocnění nebo léčba - upřesněte:.....

7. Užíváte antikoagulancia, antiagregancia (léky na „ředění krve“) – např. Warfarin, Anopyrin? Ano Ne
Upřesněte.....
8. Jste těhotná? Pokud ano, kolik měsíců? Ano Ne
.....
9. Potřebujete antibiotickou profylaxi? (určuje praktický lékař nebo internista) Ano Ne
Důvod.....
10. Jste v transplantačním programu nebo po transplantaci? Užíváte imunosupresivní léky? Ano Ne
.....
11. Prodělal jste úraz hlavy, zubů? Ano Ne
Upřesněte.....
12. Kouříte? Ano Ne Pijete alkohol? Ano Ne Užíváte drogy? Ano Ne
.....

Zubní péče (nehodící se škrtněte)

1. Jméno vašeho posledního zubního lékaře.....
2. Byl Váš poslední termín preventivní prohlídky před méně než 6 měsíci? Ano Ne
3. Byla Vaše poslední návštěva/ošetření u jiného zubního lékaře před méně než 3 měsíci? Ano Ne
4. Máte v současnosti bolest zubu(ů) či jiný problém týkající se dutiny ústní? Pokud ano, prosím označte níže:
- Suchost v ústní dutině Poranění zubů nebo čelisti (vyražení, povyražení, zlomeniny čelisti apod.)
- Obtížné kousání, žvýkání, polykání Nadpočet zubů, zuby nevyrostlé, nezaložené (i v rodině)
- Skřípání zubů
- Problém s čelistním kloubem
- Probíhá ortodontická léčba (rovnátka)
- Upřesněte.....
5. Preferujete méně návštěv a více výkonů v jednom sezení? Ano Ne
6. Využíváte ošetření v rámci dentální hygieny? Ano Ne
7. Máte mimořádný strach ze zubního ošetření? (úzkost, fobie) Ano Ne

Kde jste se o nás dozvěděli? web FB tisk na doporučení jiné:

UPOZORŇUJEME VÁS, ŽE NEBUDE-LI OBJEDNANÝ TERMÍN OŠETŘENÍ ZRUŠENÝ MIN. 48 HODIN PŘEDEM, JSME OPRÁVNĚNI ÚČTOVAT ÚHRADU ČASOVÉ ZTRÁTY DLE AKTUÁLNÍHO CENÍKU.

Seznámil(a) jsem se a souhlasím s podmínkami ošetření, ceníkem hrazených výkonů a se zárukami.

Beru na vědomí podmínky zpracování osobních údajů (GDPR).

Prohlašuji, že vyplněné údaje jsou pravdivé a všemu rozumím.

Datum..... Podepsán pacient/rodič/zákonný zástupce.....