



## Důvěrný dotazník pacienta

Tento dotazník poskytuje vašemu dentálnímu specialistovi důležité informace o Vašem zdravotním stavu. Tato data neslouží dalšímu jinému účelu a podléhají lékařskému tajemství.

Seznamte se, prosím, předem s veškerými podmínkami a cenami za ošetření v našem nestátním zdravotnickém zařízení Arbes<sup>+</sup> dentální hygiena. Jakékoli dotazy Vám rádi zodpovíme.

### Osobní data

Příjmení ..... Jméno ..... Titul .....  
Datum nar. .... Rodné číslo ..... Poj. ....  
Adresa ..... Tel. (mob.).....  
E-mail ..... St. příslušnost.....

Jméno, adresa a telefon praktického lékaře.....

Náhradní kontaktní osoba v případě nutnosti zanechání vzkazu (nemoc lékaře, nutnost změny termínu objednání apod.) Jméno..... Tel. .... E-mail .....

### Zdravotní stav

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 srážlivost (hemofilie)                      |
| <input type="checkbox"/> Astma                            | <input type="checkbox"/> Onemocnění srdce (angína pectoris, infarkt myokardu apod.) |
| <input type="checkbox"/> Alergie (lékové, potravinové)    | <input type="checkbox"/> Diabetes - cukrovka  |
| <input type="checkbox"/> Vysoký krevní tlak               | <input type="checkbox"/> Hepatitis - žloutenka A,B,C                                |
| <input type="checkbox"/> Onemocnění štítné žlázy          | <input type="checkbox"/> Jiné onemocnění - upřesněte                                |
| <input type="checkbox"/> Onemocnění plic (astma, emfyzém) |   |
- Upřesněte.....

Jakékoli jiné onemocnění nebo léčba.....

7. Užíváte antikoagulantia, antiagregancia (léky na „ředění krve“) - Warfarin, Aspirin? 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

1. Jméno vašeho posledního zubního lékaře.....
2. Byl Váš poslední termín preventivní prohlídky před méně než 6 měsíci? Ano Ne
3. Máte v současnosti bolest zubu (ů), jiný problém týkající se dutiny ústní? Pokud ano, prosím označte.
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Suchost v ústní dutině?<br><input type="checkbox"/> Obtížné kousání, žvýkání, polykání?<br><input type="checkbox"/> Skřípání zubů?<br><input type="checkbox"/> Problém s čelistním kloubem?<br><input type="checkbox"/> Probíhá ortodontická léčba (rovnátka)? | <input type="checkbox"/> Poranění zubů nebo čelisti (vyražení, povyražení, zlomeniny čelisti apod.)?<br><input type="checkbox"/> Nadpočet zubů, zuby nevyrostlé, nezaložené (i v rodině)? |
|---|---|
- Upřesněte.....
4. Preferujete méně návštěv a více výkonů v jednom sezení? Ano Ne
5. Využíváte ošetření v rámci dentální hygieny? Ano Ne
6. Máte mimořádný strach ze zubního ošetření? (úzkost, fobie) Ano Ne
- Kde jste se o nás dozvěděli?  internet  tisk  na doporučení  jiné: .....

**UPOZORŇUJEME KLIENTY, ŽE NEBUDE-LI OBJEDNANÝ TERMÍN ZRUŠENÝ MIN. 48 HODIN PŘEDEM, JSME OPRAVNĚNI ÚČTOVAT ÚHRADU ČASOVÉ ZTRÁTY DLE AKTUÁLNÍHO CENÍKU.**

**Souhlasím se zasíláním informačních zpráv o termínech objednání k ošetření.** Ano Ne

Seznámil (a) jsem se a souhlasím s podmínkami ošetření, ceníkem hrazených výkonů a se zárukami, vyplněné údaje jsou pravdivé a všemu rozumím.

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