

DOTAZNÍK PRO PACIENTA

Poskytujte zubnímu lékaři informace potřebné pro Vaše stomatologické ošetření a péči o ústní dutinu.

Příjmení	Jméno	Titul	Data narození
Adresa bydliště: _____		E-mailová adresa: _____	
_____		Zdrav. pojišťovna _____	
_____		Mobil: _____	
Jméno Vašeho obvodního lékaře (PL): _____			Tel: _____

VŠEOBECNÁ MEDICÍNA - ANAMNÉZA

- Užíváte v současné době nějaké léky? Ano / Ne
Proč? Stručně: _____
- Byl(a) jste v posledních dvou letech léčen(a) v nemocnici? Ano / Ne
Důvod, stručně: _____
- Užíval(a) jste v posledních dvou letech nějaké léky, tablety, lékové kapsle? Ano / Ne
Proč? Stručně: _____
- Objevila se u Vás alergie, vyrážka, neobvyklé projevy po lécích, injkcích, podání anestezie? Ano / Ne
Ohrozilo Vás to? _____
- Jste nebo jste byl(a) v posledních dvou letech v péči dalšího lékaře (mimo Vašeho PL)? Ano / Ne
Důvod: _____
- Měl(a) jste uvedená onemocnění? Jestliže ano, zaškrtněte.

<input type="checkbox"/> Revmatická horečka	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Žloutenka-specifikujte typ A,B,C
<input type="checkbox"/> Vysoký krevní tlak	<input type="checkbox"/> Cukrovka	<input type="checkbox"/> Zánět průdušek nebo plicníobtěže
<input type="checkbox"/> Srdeční obtíže	<input type="checkbox"/> Chudokrevnost	<input type="checkbox"/> Deprese
<input type="checkbox"/> Plicní astma	<input type="checkbox"/> Ledvinové obtíže	<input type="checkbox"/> Závažné bolesti hlavy
<input type="checkbox"/> Záněty kloubů	<input type="checkbox"/> Žaludeční obtíže	<input type="checkbox"/> Opary
<input type="checkbox"/> Drogová závislost	<input type="checkbox"/> Osteoporóza	<input type="checkbox"/> HIV
- Kuřák? Kuřačka? Ano / Ne Kolik cigaret denně?
- Byla Vám v těle nahrazena nějaká tkáň, např. srdeční chlopeč nebo kyčelní kloub? Ano / Ne
O co šlo? Stručně: _____
- Držíte nějakou speciální dietu? Ano / Ne
- Máte nějakou chorobu nebo stav který nebyl uveden? Ano / Ne
Pokud ano, krátce popište: _____
- Ženy: Jste gravidní? Jestliže ano, kolik měsíců? Ano / Ne
- V současné době se cítíte: dobře přiměřeně špatně

13. Uveďte, co považujete ještě za zdravotně významné:**ANAMNÉZA SE ZAMĚŘENÍM NA ÚSTNÍ DUTINU**

- Jméno vašeho zubního lékaře: _____ Tel: _____
- Přibližné datum poslední návštěvy zubní ordinace:
Bylo něco důležitého?: _____
- Máte v současné době bolesti nebo potíže se zuby? Ano / Ne
Jaké? _____
- Objevilo se u Vás po zubním ošetření, říznutí nebo škrábnutí neobvyklé krvácení nebo tvorba modřin? Ano / Ne
- Máte obavy (strach) ze zubního ošetření? Ano / Ne

Podpis pacienta nebo zástupce: _____

Datum: _____

Podpis stomatologa (zubního lékaře)