

ZDRAVOTNÍ A STOMATOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Vzor dotazníku ke stažení pro pacienty

Poskytnuté údaje se stanou součástí zdravotnické dokumentace a podléhají povinné mlčenlivosti. Dotazník pomáhá přizpůsobit péči Vašemu zdravotnímu stavu a snížit riziko komplikací.

Jméno a příjmení
Datum narození

Zdravotní anamnéza – aktuální zdravotní stav

Otázka	ANO	NE
Cítíte se v poslední době zdrav/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byl/a jste v posledních letech operován/a nebo léčebně ozářen/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pokud ano, týkalo se to oblasti hlavy a krku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užíváte pravidelně nebo dlouhodobě nějaké léky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užíváte léky na ředění krve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užíváte léky na osteoporózu nebo jiné antiresorpční léky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud ano, uveďte prosím názvy léků, dávkování nebo přiložte seznam:

.....
.....
.....

Alergie a přecitlivělost

Otázka	ANO	NE
Máte alergii na penicilin nebo jiná antibiotika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte alergii na jód?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte alergii na latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte alergii na kovy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte jinou významnou alergii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagoval/a jste někdy neobvykle na léky, injekce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VALERIANA LISSA

ZUBNÍ ORDINACE

nebo lokální anestetika?

Onemocnění a rizikové stavy

Otázka	ANO	NE
Máte poruchu srážlivosti nebo míváte dlouhé krvácení?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte onemocnění srdce nebo cév?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte vysoký krevní tlak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prodělal/a jste srdeční infarkt nebo mozkovou mrtvici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte kardiostimulátor nebo jiné implantované kardiologické zařízení?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte onemocnění štítné žlázy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte onemocnění ledvin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jste diabetik/diabetička?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jste astmatik/astmatička nebo máte jiné závažné plicní onemocnění?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jste epileptik/epileptička nebo míváte záchvaty?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byl/a jste někdy v bezvědomí?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte glaukom (zelený zákal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prodělal/a jste infekční žloutenku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jste HIV pozitivní nebo se léčíte s HIV infekcí?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užíváte návykové látky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kouříte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Další údaje

Otázka	ANO	NE
Otázka pro ženy: jste těhotná nebo těhotenství plánujete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jste očkovan/a proti tetanu v doporučeném intervalu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VALERIANA LISSA

ZUBNÍ ORDINACE

Doplňující informace

Jiné závažné choroby nebo omezení:

.....

Praktický lékař / odborní lékaři:

.....

Poznámka pacienta:

.....

VALERIANA LISSA

ZUBNÍ ORDINACE

Stomatologická anamnéza

Otázka	ANO	NE
Jste spokojen/a se stavem a vzhledem svých zubů?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jsou Vaše zuby citlivé na studené, horké nebo sladké?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krvácí Vám dásně při čištění nebo jídle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zatínáte nebo skřípete zuby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trpíte často na opary nebo afty?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pocítujete nepříjemnou chuť v ústech?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trpíte zápachem z úst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navštěvujete dentální hygienu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byl/a jste léčen/a ortodonticky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte snímatelnou zubní náhradu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máte zubní implantáty?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Co byste si přál/a při ošetření zlepšit nebo vyřešit jako první?

.....
.....

Prohlašuji, že jsem nezatajil/a žádné podstatné informace o svém zdravotním stavu a že budu ordinaci včas informovat o všech změnách.

Datum

Podpis pacienta