

MDDR. Luboš Pavlín

Anamnestický dotazník pacienta

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

Osobní data

Příjmení Jméno Titul

Datum nar. Rodné číslo Pojišťovna

Adresa PSČ

Tel. (mob.)..... E-mail St.příslušnost.....

Jméno praktického lékaře.....

Náhradní kontaktní osoba v případě nutnosti zanechání vzkazu

Jméno.....

Tel. E-mail

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. Napište všechny léky, které užíváte, vč. antikoncepce
.....
.....

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

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

Otočit 

Strana 2/2

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 |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Onemocnění jater (cirhóza) |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Porucha krevní srážlivost (hemofilie) |
| <input type="checkbox"/> Alergie (lékové, potravinové) | <input type="checkbox"/> Onemocnění srdce (angína pectoris, infarkt myokardu apod.) |
| <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"/> Jiné onemocnění - upřesněte |

Upřesněte.....

Jakékoli jiné onemocnění nebo léčba.....

7. Užíváte antikoagulantia, antiagregancia („ředění krve“)? Ano Ne
Upřesněte.....

8. Jste těhotná? 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. Podstoupil jste ortodontickou léčbu? Ano Ne
Upřesněte.....

13. Kouříte? Ano Ne Pijete alkohol? Ano Ne Užíváte drogy? Ano Ne
kolik?/den

Zubní péče

1. Jméno vašeho posledního zubního lékaře.....

2. Preferujete méně návštěv a více výkonů v jednom sezení? Ano Ne

3. Máte mimořádný strach ze zubního ošetření? (úzkost, fobie) Ano Ne

Datum.....

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

Tímto podpisem souhlasím s vnitřním řádem pracoviště.