

Anamnestický dotazník

Zubní ordinace Denter, MDDr. Peter Brecik, Libouchec 401, 403 35 Libouchec
tel. 772 724 491 email: info@denter.cz

Pokyny pro pacienta:

Seznamte se prosím předem s veškerými podmínkami a cenami za ošetření v našem nestátním zdravotnickém zařízení. Jakékoli dotazy Vám rádi zodpovíme.

Tento dotazník poskytuje vašemu zubnímu lékaři důležité informace o Vašem zdravotním stavu. Tato data podléhají lékařskému tajemství, naše ordinace zaručuje jejich ochranu v souladu s relevantními právními předpisy.

Jméno, příjmení _____	Pojišťovna _____
Datum narození _____	Rodné číslo _____
Adresa (ulice, město, PSČ) _____	
Kontaktní telefon _____	Email _____
Povolání _____	
Náhradní kontaktní osoba v případě nutnosti zanechání vzkazu (nemoc lékaře, změna termínu) Jméno, příjmení _____ Telefon _____	

Kdy byl Váš poslední termín preventivní prohlídky (ev.kde)? _____

	Ano	Ne
Máte alergii či nesnášenlivost léků? (doplňte které) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Užíváte pravidelně léky? (doplňte názvy) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Pro ženy:	Ano	Ne
Jste těhotná (příp. který týden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kojíte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užíváte antikoncepci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Máte a nebo jste měli některé z následujících onemocnění a léčebných zákroků?

	Ano	Ne	upřesněte
Léky na ředění krve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Poruchy krvácivosti (hemofilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vysoký krevní tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nemoci srdce (angina pectoris, infarkt, kardiostimulátor, bypass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Prevence inf. endokarditidy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nádorové onemocnění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Astma/Chronická obstrukční plicní nemoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neurologické onemocnění (mrtvice, epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Transplantace/Poruchy imunity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Léková/drogová závislost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Ano	Ne		Ano	Ne	
Cukrovka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Žloutenka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberkulóza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporóza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kouření	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(__ cigaret denně)

Jiné onemocnění (nemoci žaludku, jater, štítné žlázy apod.) - upřesněte: _____

Kde jste se o nás dozvěděli?

bývalý pacient MUDr.Linka internet na doporučení jiné:

Prohlašuji, že veškeré mnou vyplněné údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že každou změnu osobních údajů a zdravotního stavu jsem povinen nahlásit.

Datum _____

Podepsán pacient/rodič/zákonný zástupce _____

Tímto podpisem souhlasím s vnitřním řádem pracoviště (dostupný v čekárně zubní ordinace a na www.denter.cz) a s pořizováním fotodokumentace a rtg snímků za účelem plánování, hodnocení a prezentování léčby.