

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK



Dôverný anamnestický dotazník pacienta pre stomatologické ošetrovanie

Na základe informácií, ktoré uvediete v tomto dotazníku, získame dôležité informácie o Vašom zdravotnom stave. Tieto informácie sú veľmi dôležité pre bezpečné vedenie Vašej liečby bez nežiadúcich komplikácií. Preto Vás prosíme, venujte vyplneniu dotazníka náležitú pozornosť. Informácie získané z tohto dotazníka slúžia len pre naše účely a podliehajú lekárskej tajomstvu. Podpísaním tohto dokumentu potvrdzujete pravdivosť údajov.

Osobné Dáta:

MENO A PRIEZVISKO:		TITUL:	
ADRESA:		POISŤOVŇA:	
DÁTUM NARODENIA:		RODNÉ ČÍSLO:	
TELEFONICKÝ KONTAKT:		E-MAIL:	

Náhradná kontaktná osoba v prípade nutnosti zanechania odkazu /ochorenie lekára, školenie, nutnosť preobjednania pacienta a pod.)

MENO:	TEL. / MOBIL:	E-MAIL:
-------	---------------	---------

Zdravotný stav:

Mali ste alebo máte potvrdenú alergickú reakciu na:	ÁNO	NIE	NEVIEM
Lieky (ak ÁNO na aké):			
Iné alergie (napríklad Kovy, peľ, hmyz, potraviny, latex...)			
Anestetikum / Antihistaminikum			
Kožné prejavy po požití alkoholu			
Kožné prejavy (začervenanie, fľaky...) po zjedení citrusových plodov			
	ÁNO	NIE	NEVIEM

Krv a Srdce	ÁNO	NIE	NEVIEM
Krvácate dlho po poranení?			
Dostali ste niekedy krvnú transfúziu?			
Podstúpili ste dialýzu?			
Liečite sa na vysoký krvný tlak?			
Podstúpili ste transplantáciu orgánu?			
	ÁNO	NIE	NEVIEM

Všeobecné informácie o liečbe	ÁNO	NIE	NEVIEM
Užívate v súčasnosti lieky? (ak ÁNO aké)			
Užívate hormonálnu liečbu alebo antikoncepciu?			
Fajčíte? (ak ÁNO, koľko cigariet denne)			
Užívate alebo ste v minulosti užíval(a) drogy?			
Boli ste niekedy hospitalizovaný(á) / operovaný(á) ?			
Ste tehotná? (pokiaľ ÁNO, ktorý týždeň)			
Boli ste niekedy liečený na nádorové ochorenie ožarovaním alebo liekmi?			
Pijete alkohol?			
	ÁNO	NIE	NEVIEM

Stomatologické Otázky			
Podstúpili ste ortodontickú liečbu (nosili ste zubný strojček) ?	ÁNO	NIE	NEVIEM
Mali ste úraz tváre, zubov, krku?	ÁNO	NIE	NEVIEM
Máte silnejší / silný dávivý reflex	ÁNO	NIE	NEVIEM
Máte strach z ošetrovania?	ÁNO	NIE	NEVIEM
Kedy ste bol(a) naposledy na preventívnej prehliadke			

Orálna hygiena			
Krvácajú Vám ďasná? (Ak ÁNO, kedy?)	ÁNO	NIE	NEVIEM
Máte problémy so zápachom z úst?	ÁNO	NIE	NEVIEM
Škrípate zubami?	ÁNO	NIE	NEVIEM
Zatínate silno žuvacie svaly alebo máte podobné zvyky?	ÁNO	NIE	NEVIEM
Hryziete si pery?	ÁNO	NIE	NEVIEM
Mávate ráno stuhnuté žuvacie svaly?	ÁNO	NIE	NEVIEM
	ÁNO	NIE	NEVIEM
	ÁNO	NIE	NEVIEM

Dôležité ochorenia (boli ste niekedy liečený alebo sa liečite na niektoré z týchto ochorení?)			
Vážne infekčné ochorenie	ÁNO	NIE	NEVIEM
AIDS / HIV	ÁNO	NIE	NEVIEM
EPILEPSIA (ak ÁNO, TYP)	ÁNO	NIE	NEVIEM
DIABETES MELLITUS (CUKROVKA, ak ÁNO, TYP)	ÁNO	NIE	NEVIEM
REUMATIZMUS / OSTEOPORÓZA	ÁNO	NIE	NEVIEM
OCHORENIE ŠTÍTNEJ ŽLÁZY	ÁNO	NIE	NEVIEM
HEPATITÍDA A, B, C (ŽLTÁČKA)	ÁNO	NIE	NEVIEM
OCHORENIE PLŮC (ASTMA, EMFYZÉM, TUBERKULÓZA)	ÁNO	NIE	NEVIEM
INFARKT MYOKARDU ALEBO INÉ SRDCOVÉ OCHORENIE	ÁNO	NIE	NEVIEM
VYSOKÝ KRVNÝ TLAK	ÁNO	NIE	NEVIEM
MÁTE KARDIOSTIMULÁTOR?	ÁNO	NIE	NEVIEM
POHLAVNÉ OCHORENIE (SYFILIS, KVAPAVKA, GENITÁNY HERPES)	ÁNO	NIE	NEVIEM
	ÁNO	NIE	NEVIEM
	ÁNO	NIE	NEVIEM

Čo očakávate od ošetrovania:

Telefón, mobil alebo e-mail, ktorý ste uviedli vyššie bude slúžiť na zasielanie zdravotnej dokumentácie, plánu liečby, novinkách a akciách I LOVE DENT ako aj informácie o nastávajúcich termínoch prípadne zmenách termínov ošetrovania.

Fotografická dokumentácia, ktorá bude zhotovená počas vyšetrenia, slúži len na interné účely a môže byť použitá len s Vaším súhlasom.

Akkoľvek zmeny zdravotného stavu prosím hláste ihneď pred ošetrením.

Pacient bol pred ošetrením poučený podľa zákona 576/2004, §6 odstav. 1-9 a dal informatívny súhlas na poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Dátum:

Podpis pacienta / rodiča / zákonného zástupcu