

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Zubní ambulance Podještědské polikliniky s.r.o.

Ošetřující lékař:

Jméno a příjmení:.....

Rodné číslo:.....

Adresa:.....

Telefon:.....

Zdravotní pojišťovna:.....

Trpíte nějakým **celkovým onemocněním**? (př. diabetes-cukrovka, srdeční onemocnění, epilepsie, vysoký krevní tlak, poruchy srážlivosti krve, astma apod.)

ANO:..... NE

Užíváte trvale nějaké **léky**? Pokud ANO, uveďte jaké.

ANO:..... NE

Máte na něco **alergií**? Pokud ANO, uveďte, o jakou alergii se jedná a jak se projevuje.

ANO:..... NE

Vyskytla se u Vás někdy **alergická reakce po aplikaci anestezie či jiné látky** u zubního lékaře, případně jak se projevila?

ANO:..... NE

Absolvoval/a jste **operaci** srdce (př. náhrada chlopně, bypass, zavedení stentů, kardiostimulátor apod.)?
Pokud ANO, upřesněte, o jaký typ operace šlo a kdy byla provedena.

ANO:..... NE

Absolvoval/a jste **operaci** kyčelního či jiného kloubu (totální endoprotéza)?

ANO:..... NE

Jaká vážnější onemocnění (př. infekční endokarditida, meningitida apod.) jste v minulosti prodělal/a?

ANO:..... NE

Máte diagnostikované či prodělané nějaké **infekční onemocnění**? (př. žloutenka, HIV, mononukleóza)?
- Ze zákona máte povinnost tuto skutečnost svému ošetřujícímu lékaři hlásit!

ANO:..... NE

Kouříte? ANO-NE Jak dlouho?:..... Kolik cigaret/den:.....

Jste těhotná? ANO-NE V jakém týdnu gravidity jste?:.....

Kdy jste naposledy navštívil/a zubního lékaře?:.....

Trpíte odontofobií (panický strach ze zubního lékaře)? ANO-NE

Navštěvujete dentální hygienistku? ANO-NE

Používáte mezizubní kartáčky? ANO-NE

Jste spokojen/a s nynějším stavem Vašeho chrupu? ANO-NE

Svým podpisem **stvrzuji** správnost a pravdivost uvedených údajů. Všechny údaje podléhají lékařskému tajemství, cílem dotazníku je pouze přizpůsobit ošetření Vašemu zdravotnímu stavu a předejít tak případným komplikacím.

Datum:

Podpis: