

# Anamnestický dotazník- Dentální hygiena

LENIPELI s.r.o. Saskova 1481, Kladno 27201

Tento dotazník poskytuje základní informace o Vašem zdravotním stavu.

## Osobní data

Příjmení  Jméno  Titul

Datum narození  Rodné číslo /  Pojišťovna (číslo)

Adresa

Tel. (mob.)  Povolání

Email  Jméno praktického lékaře

U nezletilých pacientů informace o zákonném zástupci (zástupcích):

Jméno a příjmení  Datum narození

Jméno a příjmení  Datum narození

**Zdravotní stav** - Léčíte se či máte některou z následujících diagnóz? Pokud ano, prosím označte.

Vážné infekční onemocnění

Epilepsie

Astma

Vysoký krevní tlak

Onemocnění štítné žlázy

Onemocnění plic (astma, emfyzém)

Onemocnění žaludku a střev („vředy“ apod.)

Porucha krevní srážlivosti (hemofilie)

Onemocnění srdce (angína pectoris, infarkt myokardu apod.)

Diabetes - cukrovka

Hepatitis - žloutenka A, B, C

Jiné onemocnění-upřesněte

2. Užíváte aktuálně nebo pravidelně nějaké léky **Ano**  **Ne**

Jaké

3. Jste na něco Alergický/á **Ano**  **Ne**

Na co

**POKRAČOVÁNÍ NA NÁSLEDUJÍCÍ STRANĚ**

4. Užíváte léčiva ovlivňující srážlivost krve (Warfarin, Anopyrin apod.)? **Ano**  **Ne**

jaké

5. Jste těhotná? **Ano**  **Ne**  v jakém měsíci

6. Užíváte hormonální antikoncepci? **Ano**  **Ne**

7. Prodělal/a jste úraz hlavy, zubů? **Ano**  **Ne**

upřesněte

8. Kouříte? **Ano**  **Ne**  Kolik cigaret denně?

Kolik let?

9. Užíváte návykové látky **Ano**  **Ne**  Jaké

### Dentální hygiena

1. Docházíte k dentální hygienistce? **Ano**  **Ne**

2. Kdy jste byl/a naposledy na dentální hygieně?

3. Máte v současnosti akutní obtíže či jiný problém týkající se dutiny ústní? **Ano**  **Ne**

Krvácení dásní

Zápach z úst

Pohyblivost zubů (Parodontitida)

Zvýšená citlivost zubů

Probíhá ortodontická léčba (rovnátka)?

Pigmentace na zubech

4. Používáte mezizubní kartáčky/dentální nit? **Ano**  **Ne**

Jaké (velikost)

5. Jaký typ zubního kartáčku používáte? **Měkký**  **Střední**  **Tvrký**  **Elektrický**  Typ

6. Používáte ještě nějaké jiné pomůcky? **Ano**  **Ne**  Jaké

7. Máte zájem o bělení zubů **Ano**  **Ne**

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

PROSÍME O DODRŽOVÁNÍ DOMLUVENÝCH TERMÍNŮ. V PŘÍPADĚ NUTNOSTI  
PROSÍME O ZRUŠENÍ TERMÍNU MINIMÁLNĚ S 48HOD PŘEDSTIHEM, DĚKUJEME.

Vyplněné údaje jsou pravdivé a všemu rozumím. Jsem si vědom nutnosti informovat svého zubního lékaře o změně zdravotního stavu či užívaných léků při nejbližší návštěvě.

Datum

Podepsán pacient/zákonný zástupce.....