

Anamnestický dotazník- Zubní lékařství

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

Zubní péče

1. Jméno vašeho posledního zubního lékaře

2. Byl Váš poslední termín preventivní prohlídky před méně než 6 měsíci? **Ano** **Ne**

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

Suchost v ústní dutině?

Obtížné kousání, žvýkání, polykání?

Skřípání zubů?

Problém s čelistním kloubem?

Probíhá ortodontická léčba (rovnátka)?

Nadpočet zubů, zuby nevyrostlé, nezaložené?

Poranění zubů nebo čelisti (vyražení zubu, zlomeniny čelisti apod.)?

Upřesněte

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

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

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

7. 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.....